العلاج النفسى السلوكى المعرفى الحديث

أساليبه وميادين تطبيقه

د. عبد الستار إبراهيم

أستاذ علم النفس الطبي ورئيس قسم الطب النفسى

كلية الطب - جامعة الملك فيصل



دار الفجر للنشر والتوزيع

القاهرة

الناشـــر
دار الفجر للنشر والتوزيع
٥ شارع التيسير – عمارة إيموبيليا الأهرام – نهاية شارع الملك فيصل
الجيزة – مصر .
تليفون/فاكس٣٨٣١٩٧٢ تلكس٢٢٤٨١-٢٠٠٨١ PBRMS UN

العلاج النفسي السـلوكي المعرفي الحديث
أساليبه وميادين تطبيقه

« فى يقـينى أن مـوقع علمـاء النفس فى عـالم اليـوم من أهـم المواقع وأهـمـها على الإطلاق . أؤكـد هذا لأن كل المعضـلات التى تواجه البشرية اليوم من حرب وسلام ، ونظام وفوضى ، وإستغلال وتآخ ، وفهم وسوء فـهم ، وسعادة وشقاء ، وحب وكراهية — جميعها يكمن حلها فى ضـوء فـهم الطبيعة البشرية فـهما جيدا. وإلى هذا الهدف تتجه وظيفة علم النفس بكامله وبذاته » .

((ماسـلو))

بسم الله الرحمن الرحيم

تمهيـــد

أتيح لكاتب هذه السطور السفر للولايات المتحدة فى زيارة علمية لجامعة ميتشيجان للإطلاع على جوانب التقدم فى دراسة الإضطرابات النفسية والعقلية ، وفنون التطور فى علاجها أو تعديلها . وهناك أمكن لنا بالفعل أن نلاحظ عن كثب ما يجرى فى العيادات النفسية الجامعية والمؤسسات العلاجية الخاصة والعامة . وقد إرتبطت ملاحظاتى تلك – لحسن الحظ – بالتدريب المنظم على ممارسة العلاج النفسى والمساهمة فى عدد لا بأس به من الندوات والمؤتمرات العلاجية المختلفة . ونعترف بأن ذلك غير كثيرا من مفاهيمنا عن تعديل السلوك البشرى وإضطراباته ، وزاد من إدراكنا لدور العلم والمعرفة التجريبية فى إخضاع موضوع كان ولايزال موطنا للخرافة والجهل والتدجيل.

وإذ كان الكاتب يلاحظ التغير الحديث ، والتطور فى تصوراته عن عملية العلاج النفسى خلال تلك الأعوام الأربعة ، كانت تطغى على ذهنه فى كثير من الأحيان رغبة قوية فى مشاركة القارىء العربى بعض الخبرات والإطلاعات المنظمة فى هذا الميدان . ولم تكن تلك الرغبة صادرة عن هذا فحسب ، بل كان هناك أيضا إحساس قوى بالمسئولية الإجتماعية تجاه أبناء الوطن العربى سواء أكانوا من المتخصصين الذين يرغبون بقوة فى العثور على نظرية علمية متماسكة ترشد خطاهم فى التعامل مع ما يثيره السلوك البشرى من مشكلات ملحة ، أو كانوا من المواطنين العاديين الذين

تتملكهم بين الحين والآخر ضروب وألوان من التعاسة والشقاء النفسى .. ولكنهم يخطئون الطريق لأساليب ومناهج فعالة تساعدهم على مواجهة تحديات المرض النفسى لديهم ولدى من حولهم ، وتكفيهم شر أفكار أسطورية عقيمة .

والحق أن حس المسئولية الإجتماعية قد إزداد أكثر فأكثر عندما أتيح للكاتب العودة سنة ١٩٧٨ إلى أرض الوطن العربى من جديد للتدريس والإشراف على التدريب الإكلينيكى لطلاب وطالبات علم النفس بجامعة الكويت. وبالرغم من أننا لاحظنا حماسا شديدا للتفكير العلمى .. وقوة فى بعض الأقلام التى تحاول أن تدعو فى شجاعة أدبية واضحة لمزيد من التفكير العلمى والعقلانية فى تناولنا لما تطرحه علينا الحياة بجوانبها المختلفة من تحديات ومشكلات ، فلم يستطع هذا الحماس فيما يبدو أن يقضى على كثير من الأفكار الدارجة حول كثير من القضايا الإجتماعية والمشكلات ناهيك عن المرض النفسى والعلاج. إذا لم تزل نظرة كثير من المواطنين تعشش فيها كثير من الخرافات القديمة والمزاعم الخاطئة فى تفسير المرض النفسى وعلاجه. وحتى بين كثير من المختصين – ناهيك عن العامة – لاتزال نظرتهم للعلاج النفسى أشبه – فى أحسن الأحوال – بما كان سائدا تاريخ العلاج النفسى منذ ١٥ أو ٢٠ سنة أو يزيد .

ويقينى أن كثيرا من هؤلاء لايزالون يتصورون بأن العلاج النفسى تابع لمستقبل التطور فى الطب ، والعقاقير ، وجوانب العلاج البيولوجى كجلسات الكهرباء وعمليات المخ الجراحية. وإذا كان هناك إعتراف بدور العلاج النفسى على الإطلاق فإذن هو التحليل النفسى كما بلوره "فرويد" بشكله القديم القائم على التداعى الحر وتحليل العمليات اللاشعورية ، وطفولة الإنسان المبكرة وعقده وغرائزه.

ولا أزعم بالطبع أنه لايوجد من المتخصصين وأصحاب الثقافة الجادة ممن لايعرفون مثلا بأن هناك تطورات فى العلاج النفسى ومن لايعرفون بأن هذه التطورات تأخذ سبيلا مختلفا تماما عن الطب وعن التحليل النفسى الفرويدى . كل ما أزعمه أن هذه المعرفة لم تتحول بعد إلى نظرة علمية متماسكة تستطيع أن تواجه كثيرا من المزاعم الخاطئة فى حركة العلاج النفسى وتعديل السلوك البشرى . وهو أمر بالطبع يرجع فى كثير من أجزائه لإنعدام الكتابات العلمية فى هذه الموضوعات تقريبا ، كما يرجع - جزئيا إلى أن الألمام بالأساليب الحديثة فى العلاج والتدريب عليها يعتبر شبه منعدم فى مؤسسات الصحة العقلية والجامعات العربية.

هذا الكتاب إذن للمتخصص وغير - المتخصص. للمتخصص من حيث أننى حاولت أن أعرض فيه بعض جوانب التقدم فى النظريات السيكلوجية الحديثة (نظرية التعلم بشكل خاص) فى ميدان علاج إضطرابات السلوك البشرى . ولهذا فقد حاولنا عند التعرض لأى منهج من العلاج أن نبين أولا: أساسه العلمى وما وراءه من بحوث وتجارب ، وأن نصف ، ثانيا: وبتفصيل نسبى - طريقة تطبيق هذا المنهج ، وأن نوضح ثالثا أهم الدراسات والتجارب التى تثبت فاعلية هذا المنهج أو ذاك. وهى جوانب أعتقد من الضرورى الإلمام بها لمن يفكر فى إتخاذ العلاج النفسى مهنة أو لمن يمارسه من الأطباء والمتخصصين فى علم النفس والخدمة الإجتماعية. وكتبته أيضا بطريقة آمل فى أن لا تكون عسيرة على غير المتخصصين حتى تتحقق الفائدة المزدوجة. فحاولت بقدر الإمكان الإبتعاد عن المصطلحات الفنية وعن أساليب البحث ، والتجارب والإحصاءات إلاما كان ضروريا منها ، وفى أضيق الحدود ، مع إستخدام كثير من الأمثلة والحالات الشارحة.

لقد مر الآن أكثر من ١٠ أعوام على صدور كتابي الذى نشر من قبل فى سلسلة عالم المعرفة تحت عنوان العلاج النفسى الحديث : قوة للإنسان . وفى خلال هذه الأعوام التى مرت منذ صدوره شهد مسرح العلاج السلوكى تطورات هائلة .. وأثبتت حركة العلاج السلوكى أنها بالفعل ثورة فى ميدان علاج إضطرابات السلوك الإنسانى ومشكلاته ...

صحيح أن الخطوط العريضة لهذه الحركة والمسميات النظرية لها والأهداف النهائية للعلاج النفسى كما تخطط لها إحتفظت بطابعها العام .. إلا أنها أستطاعت أن تغزو كثيرا من الميادين .. وتخضع كثيرا من المشكلات للضبط والتعديل. وقد صاحب ذلك تطور فى إتساع أساليبها الفنية .. وفى مستوى التطبيقات.

ومن ثم بدأت أعيد التفكير فى الامتداد بكتابي السابق مستفيداً بهذه التطورات فأجريت عليه كثيرا من التنقيح والتعديل لتتلائم مادته مع الصورة التى وصل إليها التطور فى حركة العلاج السلوكى. وعدلت العنوان قليلا فأضفت كلمة العلاج النفسى السلوكى المعرفى إذ أصبح هذا المفهوم الآن شائعا فى الوطن العربى. ومن ثم فإن القارىء أصبح أكثر قابلية له مما كان الحال عليه عند صدورالعلاج النفسي الحديث : قوة للانسان.

د . عبد الستار إبراهيم

١٩٩٤م

الباب الأول

نظرة عامة في الإضطرابات النفسية وعلاجها

الفصل الأول : نحن والإضطرابات النفسية والعقلية

الفصل الثاني : شىء عن العلاج النفسى عبر العصور

الفصل الثالث : لمحة على الأساليب الحديثة .. من العلاج النفسى

الفصل الأول

نحن والإضطرابات النفسية والعقلية

سأحاول فى هذا الفصل أن أقدم للقارىء عرضا لبعض المفاهيم الرئيسية التى سيصادفها فى ثنايا الفصول القادمة. فهذا الكتاب – فيما أوضحنا يهدف إلى إعطاء وجهة نظر علمية متماسكة عن عدد من الأساليب الحديثة فى العلاج النفسى ، فموضوعه أساسا هو السلوك الإنسانى الشاذ أو المضطرب .ومن المفيد ــ لهذا السبب ــ أن نتفق على فهم جوانب معينة فى هذا الموضوع . فما هو السلوك الشاذ، أو المضطرب؟ وكيف يتحول الناس إلى مضطربين عقليا ؟ وما هى العوامل النفسية المتدخلة فى ذلك ؟ وهل تزداد النسبة المئوية لحالات الإضطراب العقلى والنفسى ؟ وكيف يمكن العلاج ؟.

هناك فى الحقيقة خلاف كبير حول طبيعة السلوك الشاذ . يعترف واحد من أئمة علم النفس الحديث ،بأن البدء فى تعريف السلوك الشاذ ربما يكون بداية خاطئة " فالعلم لا ينجح دائما فى اعطاء تعريفات معقولة عن الظواهر الطبيعية حتى يصل إلى درجة معقولة من الفهم المتقدم لأسبابها . فالأسهل هو أن نصف وأن نتعرف على فيل مثلا من أن نعرفه " (١) ولهذا

*الارقام بين الأقواس تشير إلى أرقام المراجع في نهاية الفصل

فما سنقدمه هنا يعتبر وصفا للسلوك الشاذ. وليس تعريفا بالمعنى الدقيق.

هناك مدخلان أو طريقان يمكن من خلالهما التعرف على الأشياء بشكل عام : **الطريق الأول** هو الذى يصف الأشياء من خلال أضدادها .. فنحن نعرف الأبيض لأنه غير الأسود(٢). ونصف الرجل بأنه ليس طفلا .. وبهذا المعنى يكون السلوك الشاذ .. ما هو ليس بسليم أو بسوى .. ونحتاج هنا أيضا لأن نتفق على أوصاف محددة لما نعتبره سليما أو صحيحا فى الحياة.

أما **الطريق الآخر** فهو تعريف الأشياء بالنظر إليها من الداخل .. من خلال وصف متعلقاتها الأساسية فنحن لانكتفى بأن نصف الرجل بأنه ليس طفلا (كما فى المدخل الأول) ، بل علينا أن نصف ما يتعلق بسلوك الرجل من نضوج إنفعالى وقدرة على إستخدام اللغة، والإستقلال والقدرة على الضبط الحركى والمشى .. إلى غير ذلك . وفى هذه الحالة يجب التعرف على السلوك الشاذ من خلال وصف أنواع معينة من السلوك " تكون غالبية الناس مستعدة للموافقة على أنها سلوك مضطرب أو شاذ. " والآن إلى مزيد من التفصيل عن كل طريقة من طرق التعرف على الإضطراب النفسى.

ونعتبر البدء بوصف السلوك السليم أو العادى مدخلا طيبا لفهم السلوك الشاذ .. وبالرغم من صعوبته . فما من مفهوم يُحير علماء النفس العلاجى فى تعريفه كمثل مفهوم السواء. ربما لأن كثيراً من علماء هذا الفرع يتعاملون أساسا مع إضطرابات ومشكلات. لهذا فهم يعتقدون بأن من واجبهم أولا تقديم إجابة شافية " وبالتالى علاجا" للمشكلات الرئيسية

والإضطرابات التى تواجه مرضاهم. والناس لا يذهبوَن للمعالجين النفسيين لأنهم أسوياء أو عاديين .. بل لأنهم يحتاجون أساسا لخدمة الخبير النفسى وإرشاداته فى مشكلات كالقلق ، والأرق، والعجز عن الفاعلية الإجتماعية، والشقاء .. وغيرها . ومع ذلك فبدون وجود تصور للسلوك الناجح أو السوى أو الصحى قد لا ينجح المعالج أن يهدى من يستشيرونه للطريق الصواب .. فما هو السلوك العادى أو السليم ؟. ليس ثمة إتفاق فى الحقيقة بين الدراسين والمعالجين المختلفين حول قائمة الصفات التى تستتبعها عملية الصحة النفسية ، ولكننا يمكن مع ذلك أن نستخلص عدداً من الأوصاف لا يثور حولها جدل كثير فى أن من يتصف بها يعتبر على الأقل على قدر لا بأس به من الصحة النفسية والنضوج :

فثمة أربع فئات من السلوك تظهر لدى الأشخاص بعد نجاحهم فى العلاج النفسى كما يمكن أن نلاحظها لدى من نطلق عليهم أسوياء ، أو متكاملين ، أو غير ذلك من ألفاظ الصحة النفسية.

** **فهناك النضوج ، والمهارة في تكوين شخصية – إجتماعية فعالة** ، والدخول فى علاقات إجتماعية دافئة وإيجابية على أن تكون مقبولة من الشخص نفسه وغير مرفوضة أو مستهجنة من الآخرين.

** **وهناك التوافق للعمل والمهنة** ، أو بتعبير آخر الفاعلية فى آداء الدور ، أو الأدوار الإجتماعية المنوطة بالشخص ، مع البحث النشط عن دور أو أدوار ذات معنى فى الحياة ، إذا ما ظهر– لأى سبب من

الأسباب – أن المهنة التى يقوم بها الشخص لا تقدم له الإشباع الذى يسعى إليه.

** وهناك التوافق مع الذات ، ومايتبع ذلك من قدرة أو قدرات على تعلم خبرات جديدة ، والإستبصار بالذات بما فيها من ضعف وقوة ، وبقدرة على تحقيق النفس والأهداف ، وتوظيف الإمكانيات الفردية لتحقيق الإشباع المعنوى ، والجسمى ، والجنسى ، وما يرتبط بذلك من نمو فى القدرات الإبتكارية ، وإتخاذ القرارات ، وضبط الإنفعالات السلبية الهدامة كالقلق ، والعدوان والإكتئاب والمخاوف التى لامعنى لها.

** وهناك أخيرا قدرة الشخص علي أن يتبني لنفسه فلسفة عامة في الحياة تسمح له بأن يتصرف بكفاءة ونجاح يتناسبان مع إمكانياته ، وأن يوظف تفكيره لتحقيق التوافق بجوانبه الثلاثة السابقة : الإجتماعية ، والسلوكية ، والنفسية ... وعندما نقول فلسفة عامة لا نعنى بالطبع بأن الشخص السوى يجب أن يكون "برتراند راسل" أو "سارتر" ، وإنما بأن يكون للفرد مجموعة من التصورات والقيم والإتجاهات ، والمعتقدات الشخصية التى تساعد على حب الحياة والناس والذات ، وتحقيق السعادة ، والحياة الإجتماعية الفعالة.

ولسنا نقصد من وضع هذه الصفات أن نستعرض قائمة مفصلة لما نعتبره سلوكا ناضجا أو سليما . ونحن لانذهب إلى أن هذه الصفات تمثل كل ما يعتبر سليما ، وإنما ركزنا على أهمها ، وعلى العناصر البارزة فى

السلوك السوى كما قد يتفق عليها المعالجون النفسيون بمدارسهم المختلفة. ونحن نؤمن عن يقين بأن أى معالج نفسى مهما إختلفت النظرية التى يتبناها سيجد فى هذه القائمة صفة أو أكثر يطمح أن يراها تتطور فى مريضه ، ويعتبرها مقياسا لنجاحه فى العلاج.

إلى هنا ولم نتعرض لهذه الحالات التى نعطيها بلا تردد صفة الشذوذ، أو المرض. لكن ربما كان من أهم مايمنحنا إياه هذا العرض السابق .. هو أن يوضح لنا بصورة غير مباشرة ، مانعنيه بالسلوك الشاذ أو المرض.

فالعجز عن التوافق فى أى جانب من الجوانب الأربعة التى ذكرناها قد يعتبر علامة على الشذوذ والمرض. والواقع أن كلمة شذوذ ككلمة سواء من حيث أنها مفهوم ، أو كلمة ، مجازية نطلقها على بعض التصرفات ، والأفعال التى تصدر عن الشخص فى مواقف متعددة. والمطلع على مراجع الطب النفسى وعلم النفس المرضى المتعددة .. كلها، لا يجد تعريفا لأمراض شاذة .. إنما يجد قائمة طويلة تتضمن أسماء ومفاهيم لإضطرابات نفسية كالفصام .. والقلق ، والإكتئاب لكل منها أعراض محددة تختلف عن مجموعة الأعراض والتصرفات التى تظهر عند شخص ينتمى لفئة أو لأخرى. وهكذا فمجموعة الإضطرابات والتصرفات التى تشير إلى الخلل فى تحقيق التوافق الإجتماعى والإندماج فى أفعال إجتماعية غير مناسبة ومرفوضة ؛ يسهل وصف صاحبها بالجنوح والسيكوباتية أكثر من وصفه بالإكتئاب أو السلبية .. الخ.

بعبارة أخرى ، فإنك لن تجد فى كتب العلم ما يريح إن كنت تتصور بأن المرض النفسى على غرار المرض الجسمى يرتبط بنوعية شاذة فى تركيب وظائف العقل أو الأعصاب. فلقد توقف رجال العلم اليوم عن هذا .. كما توقفوا منذ فترة غير قصيرة عن تصور السلوك الغريب (سواء سلوك عباقرة أو مجانين) بأنه مدفوع بقوة شيطانية ، أو أرواح غريبة تحكم الجسم على نحو ما .. وتحرك الإنسان فلا يملك لها رداً .

وربما تسهم كلمة مرض نفسى فى بعض الأحيان فى اثارة غموض لا يقل عن الغموض الذى تركته لنا التفسيرات الشيطانية القديمة للأمراض النفسية .. فكما أن تلك التفسيرات القديمة نقلت لنا بأن السلوك الشاذ عمل من أعمال الشيطان، ولم تمنحنا بذلك أى معرفة ذات قيمة فيما يتعلق بفهم هذا السلوك أو ضبطه أو علاجه ، كذلك تثير كلمة المرض النفسى التى تستخدم بكثرة تلك الأيام" .فالمعنى التقليدى لكلمة المرض هو أنه حالة تتملك شخصا فتحوله إلى شخص مختلف جذريا عن حالته السوية. فهو قد يعانى من الملاريا ، أو من الحمى أوالجلطة .. الخ . ونجد فى كل حالة انفصالا بين السوى والمريض. والأكثر من ذلك هناك سبب معين لكل مرض ، كأن نصاب بجرثومة أو تلحق بنا أضرار ماديا ما "(١). ولاشىء من هذا يصح مع الإضطراباتالنفسية . والأحرى أن نصور الشخص المضطرب بأنه لا يختلف فى طبيعته عن الشخص العادى .. فليس هناك فرق بين المضطربين والأسوياء إلا فى مقدار ظهور السلوك الذى نعتبره شاذا . والفصامى .. والعصابى والجانح - بهذا المعنى - ليسوا من طبيعة بشرية مختلفة ..

ولكنهم بشر يختلفون فى بعض أوجه السلوك فقط : وفى أن التصرفات التى لا تحقق لهم ولا لمن حولهم السعادة والرضاء أكثر بكثير مما هى عليه بين من تطلق عليهم أصحاء. وينقلنا هذا إلى الحديث عما نسميه بالتصرفات أو السلوك الشاذ ، **وهو الجانب الثاني من تعريف السلوك الشاذ .**

الحقيقة أن جوانب السلوك الشاذ ، أو المضطرب متسعة فى غاية الاتساع، وتشمل طائفة كبيرة من الإضطرابات النفسية والعقلية. على أن بعض هذه الإضطرابات نادر (كحالات المرض العقلى أو الجنون) ، على حين أن بعضها يشيع شيوعا كبيرا فى المجتمع مما يجعلها موضوعا جديرا بالإهتمام كالقلق والكآبة والجريمة.

ونحن فى مجال الممارسة العملية نجد أن الإضطرابات النفسية تتفاوت فتشمل تلك الحالات التى تتراوح من مشاعر الكدر والضيق ، والتعاسة ، والملل، وتمتد لتشمل الحالات العقلية الخطرة التى تتطلب عادة اللجوء للطبيب النفسى أو إلى المصحات للعلاج النفسى والعقلى. والشخص المضطرب نفسيا بشكل عام ضعيف الفاعلية فى عمله وفى علاقاته الإجتماعية ولو أن هذا لا يمنعه فى كثير من الأحيان من ابتكار كثير من الأفكار الجديدة الهامة ، ومن أن يكشف عن بعض الجوانب من التصرفات لا تختلف عن العاديين.

وهناك طريق تقليدى يتبناه طائفة من الأطباء النفسيين فى تقسيم الإضطرابات النفسية .. فينظرون اليها على أنها تنقسم إلى مرض نفسى

(عصاب) أو عقلى (ذهان) . والعصابيون أشخاص يتميزون بسهولة الإنفعال ، وتعساء ، تسيطر عليهم بعض الأعراض المحددة ، كالخوف من بعض الموضوعات ، أو الخوف الشديد من المرض الجسمى ، مما يصبغ حياتهم دائما بعدم الاستقرار والتهديد ، وتوقع الشر عندما لا يكون هناك شر . لكنهم فى العادة قادرون على مواصلة النشاط بالرغم من القيود الداخلية التى يفرضونها على أنفسهم. ويقال أننا جميعا نتعرض لبعض اللحظات العصابية فى حياتنا أثر أزمة أو خبرة من الخبرات المؤلمة فى الحياة.

أما **الذهانيون** فهم من طائفة أخرى. نطلق عليهم أحيانا إسم المرضى العقليين أو المجانين وهم باختصار طائفة من الناس التعساء ، ولكنهم خطرون، وعديمو الفاعلية . وعادة ما يعجزون عن العمل والتكيف للحياة دون عون من الآخرين. إضطراباتهم حاسمة ، وخطرة وتمس التفكير ، أو السلوك الإجتماعى، أو المزاج ، أو هذه الأشياء كلها مجتمعة.

والعصاب والذهان شيئان مختلفان ،نوعان منفصلان من الإضطرابات. فالإضطرابات الإنفعالية التى تصيب المريض النفسى (العصابى) لا يفترض فيها بالضرورة أن تحرم المريض من الإستبصار بحالته، فهو يعرف أنه "غير سعيد" وأن "حساسيته مبالغ فيها" ، وأن "مخاوفه من الناس والأشياء لا مبرر لها.. " الخ، ولكنه لا يستطيع أن يحمى نفسه من هذا . أما المريض العقلى (الذهانى) فقضيته مختلفة

فالإضطراب يصيب حياته الإنفعالية والعاطفية والعقلية ، ويصل هذا الإضطراب إلى درجة كبيرة من الاختلال فى بعض الحالات مما يجعله غير مسؤول من الناحية القانونية عما يصدر منه من أفعال خطرة بالذات أو بالآخرين. إن الذهانيين بشر فقدوا صلتهم بالواقع وتحولوا إلى مجانين بالمعنى القانوني. ويفترض بالطبع أن الإختلال الذى يصيب الذهاني يحرمه من الإستبصار بحالته (٣).

ويعد الفصام أو **الشيزوفرينيا** من أهم الفئات التى تنتمى لهذا النوع من الإضطراب العقلي. ويكون الفصاميون ٨٠٪ تقريبا من الذهان . والفصامى - كأى مضطرب ذهانى آخر - يفقد صلته المعقولة بالواقع ، وكثيرا ما يعزف عن الإتصالات الإجتماعية ، ويستخدم أساليب شاذة فى تواصله الفكرى مع الآخرين .. فكلماته غير مترابطة ، ومبهمة وغامضة . ويبدو من الناحية الوجدانية وكأنه عاجز عن إختبار أى من الإنفعالات الوجدانية ، بسبب ما يتملكه من تبلد وجدانى ومعتقداته الزائفة (هواجس) كثيرة وقوية ، وتتخذ عدة صور كالشك والغيرة، والتوجس ، وفى الحالات الشديدة تتملكه هواجس قوية من العظمة أو الإضطهاد .

وفى بعض حالات الفصام تكون المعتقدات الزائفة سواء بالعظمة أو الإضطهاد هى الغالبة ، وفى هذه الحالة يسمى هذا النوع من الفصام بالبارانويا. وبالرغم من التناقض بين العظمة والإضطهاد فغالبا ما يتلازمان لدى الفصاميين .. مما يحير الطبيب النفسى فى فهم السلوك الفصامى مثل ما تحيره غرائب أخرى فى سلوك الفصاميين.

وتتملك بعض الفصاميين إدراكات حسية زائفة يطلق عليها الأطباء العقليون هلاوس ذهانية . وأكثر أنواع تلك الهلاوس شيوعا الهلاوس السمعية التى يصر من خلالها الشخص على أنه يسمع أصواتا حقيقية (لا يسمعها من حوله)، قد تكون واضحة أو مبهمة ، وقد تكون لأناس ميتين أو أحياء .. أو مشاهير .. الخ . وهناك الهلاوس البصرية ، التى تختلف عن الخداعات البصرية التى نتعرض لها ، فى أنها تأخذ شكل يقين لدى الشخص بأنه يرى أخيلة أمامه يتحدث معها بصوت مسموع دون أن يراها من يحيطون به من الآخرين.

ومن أنواع السلوك المرتبطة بالذهان ما يسمى **بالهوس** ، والشخص المهووس تجده فى حالة إستثارة تامة .. لا يكف عن الكلام ، والإنتقال من موضوع إلى موضوع آخر .. وهو يشابه الفصامى فى أن سلوكه مضطرب وتفكيره تسيطر عليه الهواجس ، إلا أن هواجسه تتركز حول القوة والعظمة ، مما تجعله يعتقد بأنه قادر على كل شىء بدءا من النزوات الجنسية إلى الانقلابات السياسية (٣).

وقد يضفى البعض صورة وردية على المرض العقلى والجنون بأن يتصورهما مهربا من وقائع الحياة الصارمة ومنغصاتها ، ويشجع على ذلك بعض التصورات التى يحيكها الخيال الشعبى عن سعادة المجانين وهنائهم. لكن الحقيقة أن المريض العقلى أبعد ما يكون عن السعادة والنعيم . لقد أتاحت لنا الخبرة أن نعرف منهم المئات . منهم من كان يأخذ المظهر السعيد المنشرح يطلق النكات هنا وهناك (كما فى حالات الهوس) - ومنهم من

كان يجلس وحيدا ويبدو راضيا (كالإكتئاب) ... ولكن ما أن يبدأ الحديث معهم حتى كان يتكشف بأن هذا الغطاء يخفى من التوتر والشقاء الكثير. يقول واحد من المشتغلين بالدراسات الإجتماعية من المهتمين بدراسة الفصام : "إن الذهان أبعد ما يمكن عن أن يكون حالة من النعيم والسعادة كما يصوره البعض ، بل قد يكون فى بعض الأحيان وسيلة وأسلوبا من أساليب التعامل مع الحياة ، وأن الذهانيين لديهم أسباب وجيهة تحملهم على الهرب من مصاحبة البشر ، لكنهم يتوقون فى نفس الوقت إلى ذلك أشد التوق" (٤) .

أما أنواع **العصاب** فهى تتضمن **القلق** ، **والمخاوف المرضية** ، **والهيستيريا**، **والإكتئاب** . وهناك أيضا **الوساوس الفكرية** ، **والأفعال القهرية** (القهار) - وهى عبارة عن أفعال أو طقوس لا يملك الشخص إلا أن يفعلها . منها غسل اليد مئات المرات ، وعد الأشياء التافهة كمصابيح الإضاءة ، والسيارات . ورغم أن بعض الوساوس فى صورها الحقيقية أحداث عادية قد تكون مفيدة (كالتأكد مثلا من غلق صنبور المياه) .. إلا أنها فى الحالات الشديدة غالبا ما قد تشل المريض عن القيام بوظائفه اليومية بنجاح (٥).

أما **القلق** فيعتبر من الأمراض العصابية الشائعة ، إلا أنه يعتبر سمة رئيسية فى معظم الإضطرابات ، نجده بين الأسوياء فى مواقف الأزمات ، كما نجده مصاحبا لكل الأعراض العصابية والذهانية على السواء. ويرى كثير من المفكرين أن القلق هو سمة العصر الحديث بأزماته

وطموحاته ومنافساته الحادة .. وقد يكون هذا صحيحا . لكن مع هذا نجد أن الحالات الشديدة من القلق توجد فى كافة المجتمعات .. ولم يخل منها عصر من العصور .

والقلق هو إنفعال شديد بمواقف أو أشياء ، أو أشخاص لا تستدعى بالضرورة هذا الإنفعال . وهو يبعث فى الحالات الشديدة على التمزق والخوف، ويحول حياة صاحبه إلى حياة عاجزة ، ويشل قدرته على التفاعل الإجتماعى والتكيف البناء. ويشمل الإضطرابات فى حالات القلق – مثله فى ذلك مثل أى إضطراب إنفعالى آخر – الكائن بجوانبه **الوجدانية والسلوكية** ، **والتفكير** فضلا عن **تفاعلاته الإجتماعية** . فمن حيث النواحى الشعورية (أو الوجدانية) تسيطر على الشخص فى حالات القلق مشاعر بالخوف ، والإكتئاب ، والشعور بالعجز عن إتخاذ قرارات حاسمة ، أو سرعة إتخاذ قرارات لا تنفذ . والشخص فى حالات القلق غالبا ما تظهر إضطراباته **الفكرية** فى شكل تبنى إتجاهات وأفكار لا منطقية . وقد تبين أن القلقى والعصابيين غالبا ما يتبنون أفكارا مطلقة ، متطرفة وغير واقعية ويميلون إلى نقد الذات الشديد ، ويضعون متطلبات صارمة على ما يجب أن يفعلوه وما لا يفعلوه . أما الجانب **السلوكي** من القلق فيتعلق بالتورط والإنغماس فى سلوك ظاهر من الخوف والتوتر عند إختبار موضوعات القلق. ففى الحالات الشديدة من القلق يبدأ الشخص فى معاناة تغيرات فسيولوجية، كسرعة دقات القلب ، والتشنج وتقلصات البطن والاسهال ، والدوار والعرق البارد .. الخ. ولأسباب عملية يعتبر هذا الجانب من أكثر جوانب القلق أهمية ، لأن جزءا من العلاج النفسى السلوكى الحديث

يركز على التعديل من هذا الجانب السلوكى الظاهر ، وينجح فى تعديله .. ويؤدى هذا التعديل فى هذا الجانب إلى تعديل فى الجانبين الآخرين من القلق وهما جانبا الشعور والتفكير. وطرق التفاعل الإجتماعى للشخص فى حالة القلق تتأثر أيضا فيميل إلى التناقض والحمق والتطرف فى علاقاته بالآخرين. والمثال الآتى يوضح صورة الإضطراب التى تتملك الشخص فى الحالات الشديدة من القلق :

" أقبلت زوجة محام ناجح فى السادسة والعشرين من العمر إلى عيادة نفسية فى حالة من الفزع والإنهاك. كانت تعانى من الصداع المستمر والانهاك والتوتر ومن نوبات تقلصات فى البطن والإسهال ، تعرضت لنوبات من التشنج، يصيبها فيها الدوار والعرق البارد ، فقلبها يأخذ فى الدق العنيف ، والألم يستبد برأسها (إضطراب فى الشعور). وقد انتابتها احدى هذه النوبات فى منتصف الليل عندما كان زوجها فى خارج المدينة (**موقف خارجي لا يستثير بالضرورة الفزع**) . واستيقظت وهى تبكى وترتعد بعنف (**إضطراب في السلوك الظاهر**) . وتذكرت أنها فكرت (**جانب فكري لا منطقي**) : هأنذا مريضة وحيدة، بينما زوجى بعيد عنى ولا أحد يعلم من أنا . وكانت تردد وهى تسرد أعراضها أن سلوكها أحمق ، وتقول أننى أثير ضجة لا مبرر لها ولكن الأمر خارج عن إرادتى * (**جانب إجتماعي**) "التعليقات بين الأقواس والخطوط من وضعنا" .

* شلدون كاشدان، علم نفس الشواذ، ص٦٥ (مرجع رقم ٥ فى قائمة المراجع فى آخر الفصل)

وقريب من حالات القلق ما يسمى بالمخاوف المرضية (فوبيا) . والحقيقة أن كثيرا من الأطباء النفسيين يعتبرون الخوف المرضى جزءا من القلق ، ولو أن الخوف فى حالة الخُواف ينشأ مرتبطا ببعض الموضوعات ، أو الأشخاص ، أو المواقف المحددة. والإنفعال الشديد ، والفزع والإرتياع الذى يتملك الطفل أو البالغ فى حالات المخاوف المرضية ، يشبه القلق وكل الإضطرابات العصابية من حيث أن الخوف الشديد ليس له ما يبرره ، وأن الشخص يعرف ذلك، ولكنه يعجز عن التحكم فى مخاوفه أو ضبط إنفعالاته بصورة بناءة بما ينتهى به أيضا إلى العجز عن ممارسة حياته العملية والإجتماعية.

والخوف المرضى يمكن أن ينشأ كإستجابة لطائفة واسعة من الموضوعات التى لا تكون مفزعة فى حد ذاتها فى العادة. وقد تكون هذه الموضوعات حيوانات ، أو أماكن ، أو أشخاص أو مواقف اجتماعية. وتعتبر القطط، والكلاب ، والأماكن المرتفعة ، والمغلقة ، والظلام ، والدم ، والموت، ومواجهة الناس أو الحديث أمامهم ، والرفض والنقد ، والجنس الآخر ، والوحدة، والجنس .. إلخ ضمن الأشياء التى كثيرا ما تكون موضوعات للمخاوف المرضية.

أما الإكتئاب فهو مرض عصابى آخر نصادفه كثيرا هذه الأيام . وما من شخص منا الا وانتابته لحظات فى عمره – أثر أزمة خارجية ، أو فقدان قريب أو صديق شعر فيها بالحزن والضياع . مثل هذا الشعور نجده يسيطر على البعض بصورة أقوى وأطول مما هو معتاد ، لهذا نسمى مثل هؤلاء

مصابين بالإكتئاب. ويكون الإكتئاب مصحوبا فى كثير من الأحيان بالقلق واليأس ، والأرق ، ومشاعر الذنب المبالغ فيها ، وفقدان الشهية ، والبكاء المتكرر .. وانعدام الثقة بالنفس ، والتأنيب المستمر للذات ، وعند نشأة الإكتئاب نجد أن نشاط الشخص يضعف ويبلد ، وعلاقاته الإجتماعية تتقلص ، ويتقوقع الشخص على ذاته فى خيبة أمل ، وعجز. ويتجنب المكتئبون ، التعبير عن العدوان والكراهية أما بسبب شعورهم الشديد بالذنب فى التعامل مع الناس ، أو لخشيتهم من أن ذلك قد يؤدى إلى رفضهم من قبل الآخرين. فهم أيضا يخافون من الرفض الإجتماعى ويهلعون منه هلعا شديدا .. ويتصيدون رضاء الناس .. وينتهون بالرغم من هذا ، أو بسبب هذا إلى ادانة الآخرين ، وادانة أنفسهم لأنهم يدينون الآخرين .. وهكذا. وتسيطر على المكتئبين أفكار بأن حياتهم عديمة الجدوى، وليس نادرا أن تنتهى حياتهم فى الحالات الشديدة بالانتحار : ذلك التصرف اليائس الذى يبدو فى نظر المكتئب وكأنه البديل الوحيد لأحزانه وتعاسته .

ولعلكم تلاحظون أن الإكتئاب كالقلق يمثل استجابة انفعالية مبالغ فيها، لكنه بعكس القلق الذى يتجه إلى الأمام ويتعلق بمخاوف وأخطار المستقبل ، نجد أن المكتئب يتجه إلى الماضى وأحزان ما فات . لكنهما عادة ما يكونان متلازمين.

وبعض أشكال الإكتئاب بسبب ما فيها من عزلة وحزن ، وعدم فاعلية وقلق تؤدى أيضا إلى تخريب وظائف الشخصية الأخرى كالتفكير، وعندئذ قد يتحول الإكتئاب العصابى إلى ذهانى. وهذه هى الحالات التى تنتهى

بسيطرة الهواجس: تلك الأفكار الثابتة التى تسيطر على بعض المكتئبين مبينة لهم بأنهم عديمى النفع والجدوى. وفى هذه الحالات الشديدة من الإكتئاب يقيم الشخص إعتقاده بأن الحياة عديمة الجدوى بالرغم من كل الحجج التى يحاول الآخرون بها إقناعه بأن ما يفكر فيه غير صحيح.

والقلق الوجودى شكل آخر من الإضطرابات الإنفعالية التى دخلت مسرح علم النفس حديثا. وهو مثل الإكتئاب من حيث أن الشخص تتملكه مشاعر بأن الحياة عبث ولا قيمة لها، ويفقد إحساسه بقيمة كل ما يفعله. وهو أيضا كغيره من أنواع العصاب الأخرى له إضطراباته الوجدانية، والفكرية والسلوكية. فمن الناحية الوجدانية، يكون الشعور الغالب هو الاحساس بالملل والفراغ ومشاعر بالإكتئاب المتقطع. ومن الناحية الفكرية تسيطر على الشخص أفكار بأن الحياة لا معنى ولا ضرورة لها. أما من الناحية السلوكية، فان الشخص يصبح غير مكترث للقيام بأى نشاط، أو أن يمضى فى حياته. ولكن أهم من هذا هو التبريرات الفلسفية التى يحيكها الشخص بمهارة مبررا بها احساسه ومشاعره وتقاعسه عن أداء نشاطاته المعتادة. والقلق الوجودى كالإكتئاب من حيث أن كليهما يحكمهما الإغراق فى الحزن، ومشاعر الإغتراب، واللاجدوى. لكن ما يغلب فى حالات القلق الوجودى هو اللاإكتراث وغياب المشاعر القوية، وفقدان الاحساس بوجود أى معنى للحياة، أما ما يغلب على المكتئب العادى فهو الحزن والإنقباض. وكما فى القلق العصابى والإكتئاب، فان القلق الوجودى دائما ما يكون مصحوبا بأعراض الإكتئاب، ومن المحتمل أن تكون الاختلافات بينهما أقل من أوجه التشابه.

ويسمى القلق الوجودى كذلك ، لأن ابرازه تم بفضل كتابات الأدباء والفلاسفة الوجوديين من أمثال "البرتكامو" و "جان بول سارتر" و "آرثرميلر... " الخ . ولعل القارىء الذى يود أن يتأمل فى حالات نموذجية من القلق الوجودى أن يقرأ روايتى "الغريب" لألبير كامى، ومسرحية "بعد السقوط" لآرثر ميلر . فكلا البطلين " :ميرسول" فى رواية الغريب ، و "كوينتين" فى مسرحية بعد السقوط، يعتبرا تجسيدا طيبا لهذا العرض .

وفى الأدب العربى ، ولجت حالات القلق الوجودى فى روايات مثل "اللص والكلاب" و " السمان والخريف " لنجيب محفوظ ، "وموسم الهجرة للشمال" للطيب صالح . ويبدو أن من العسير علينا أن نقدم للقارىء حالة من القلق الوجودى، لأن العيادات النفسية لا تشاهد كثيرا من هؤلاء الأشخاص ، ربما بسبب مشاعر اللا إكتراث الحادة التى تجعل من هؤلاء الأشخاص ينظرون شذرا لأى خدمة مهنية(٧) ، أو ربما لأن كثيرا من هذه الحالات يتم تشخيصها خطأ على أنها اكتئاب نفسى .

وإذا كانت الأنماط السابقة من العصاب ، يسيطر فيها القلق والخوف والإكتئاب ، فان هناك نوعا آخر من العصابيين يظهر وكأنه قد خلى من كل هذه الهموم ، ولو أن مشاكلهم النفسية تبدو لهم ولغيرهم حقيقية وواضحة ولا تقبل الجدل. وفى هذه الطائفة يوجد الهيستيريون .

والهيستيريا شكل آخر من العصاب تتبلور أعراضها فى شكايات جسمية ليس لها أساس فعلى يمكن للطبيب علاجه. ولا شك أن الهروب من الأشياء بالتظاهر بالمرض من أحد الأعراض الشائعة لدى الأطفال . لهذا توجد الأعراض الهيستيرية بين الأشخاص غير الناضجين والمنخفضين فى الذكاء. ومع ذلك فان الهيستيريا تختلف عن التظاهر بالمرض ، لأن

الاستجابة الهيستيرية تحدث دون تحكم المريض وبرغم إرادته. فالفرد المصاب بالعمى الهيستيرى، مثلا يكون بالفعل عاجزا عن الرؤية، ولو أن السبب يضرب بجذوره فى أسباب نفسية دون أن يكون هناك اختلال عضوى فى مراكز الأبصار. والفتيات أكثر استهدافا للاصابة بالهيستيريا من الذكور خاصة عندما تكون الأم من النوع المسيطر، المسرف فى الرعاية، ومن ثم تهتم اهتماما بالغا بالشكاوى الجسمية والأمراض. ومن أشكال الهيستيريا العمى الهيستيرى، والصمم الهيستيرى، والتشنج، وفقدان الذاكرة. ولعل هذه الأنواع وغيرها قليل من كثير من الأعراض التى تتألف منها الهيستيريا. والهيستيريا غالبا ما تخدم هدفا ثانويا، فهى تساعد الشخص على تجنب المشكلات، وتجعله مركزا للإهتمام والرعاية، ويؤدى التركيز على الشكاوى الجسمية فى نفس الوقت إلى أبعاد الشخص عن التفكير فى المصادر الحقيقية للقلق والإحباط فى العالم الخارجي. لذلك تؤدى إزالة الأعراض الهيستيرية إلى ظهور القلق فى بعض الحالات.

وهناك أيضا **السيكوباثيون** أو من يسمون أحيانا بالجانحين. وهؤلاء لاتبدو عليهم أعراض نفسية أوجسمية بالمعنى السابق، لكن سلوكهم لا يمكن أن يكون من وجهة نظر المجتمع سلوكا متزنا أو عاقلا على الاطلاق. وهم أناس مندفعون، ضعاف فى إحساسهم بألام البشر، وعدوانيون، وضعاف الضمير، ويعجزون عن حساب نتائج أفعالهم. وقد أمكن بإستقصاء عدد كبير من البحوث التى قارنت بين شخصيات الجانحين وغير الجانحين، التوصل إلى أربعة فروق رئيسية يختلف فيها الجانحون عن العاديين هى :

١ - ضعف الضمير، واختفاء مشاعر الذنب، والفشل في اكتشاف الضوابط الداخلية.

٢ – البطء فى بعض أنواع التعلم.. خاصة التعلم الذى يحتاج للوعى بمعايير وقيم المجتمع.

٣ – مواجهة الأحباط بالأندفاع والعدوان دون حساب للنتائج.

٤ – ضعف المشاركة الوجدانية ، والعجز عن تقدير مشاعر الآخرين .

ولأن السلوك الجانح دائما يظهر فى شكل معاد للمجتمع ، فانهم يدعون أحيانا بالمرضى الإجتماعيين (سوسيوباثيين) وبرغم من أن الجريمة هى السلوك الذى تلجأ اليه هذه الفئة لحل صراعاتها عادة ، فان هناك أنواعا أخرى من الانحرافات التى تشيع فى هذه الفئة كالسرقة والكذب. ويظن خطأ بأن **المدمنين على الخمور والعقاقير** من هذه الفئة. غير أن للمدمنين مشكلات خاصة ، وبواعث مختلفة. ولو أن الجانحين والسيكوباثيين غالبا ما يتشيعون لهذه الإضطرابات. ونسبة الجناح بين الذكور ترتفع عن نسبة الإناث الجانحات ثمانى مرات على الأقل. وتثبت البحوث على عصابات الجناح التى تضم الذكور والإناث ، أن الذكور يتجهون إلى الخشونة والاقتحام وإختراق القانون ، بينما تقوم الإناث بعملية التشجيع والتحريض.

وسلوك الجانحين متنوع من حيث الإضطراب النفسى،ففيهم من العصاب: القلق ،والتوتر ،والصراعات الداخلية ،وفيهم من الذهان : العدوانية ، وعدم الاستبصار بنتائج السلوك. لكن هناك ما يسمى **بالجناح الإجتماعى الكاذب** ويسمى هكذا لأن الشخص يسلك نحو أعضاء الجماعة التى ينتمى إليها سلوكا لائقا ، لكنه لا يسلك نفس السلوك نحو من همخارجها . وقد تبين فى دراسة لـ ٥٠٠ طفل جانح ، أن بينهم من هم

أسوياء من الناحية النفسية ، لكنهم يحملون قدرا مرتفعا من الكراهية نحو السلطة ، ويرفضون قيم المجتمع الخارجي الذى لا تنتمى له جماعة الجانح. ولا شك أن من قرأ رواية "الجريمةوالعقاب"لديستوفسكىسيشده التشابه الشديد لبطل الرواية بهذا النوع من الجناح الكاذب(٨) .

نحن نكتفى إلى هنا بأهم الشكاوى والأعراض البارزة فى ميدان الإضطرابات النفسية والعقلية. ولكننا نبادر فنقول أن ما عرضناه لا يشمل فى الحقيقة كل الإضطرابات والشكاوى التى نقرأ عنها أو نسمع بها من الآخرين. فهناك أيضا الشكاوى التى بدأت تغزو ميدان علم النفس حديثا، وتلك التى تتحول فيها صراعات الحياة والقلق إلى اصابة وظائف الجسم بالخلل كارتفاع ضغط الدم ، والربو ، والقرحة .. وغيرها من طائفة الإضطرابات التى تسمى بالأمراض **السيكوسوماتيه** . ولعل القارىء يغفر لنا قصور هذا العرض ، ولعله أيضا يقدر بأننا لم نقصد من هذا العرض البسيط كتابة مؤلف عن الطب العقلى والسلوك الشاذ ، بقدر ما نهدف إلى الاستبصار ببعض المفاهيم الرئيسية الممهدة للفصول الرئيسية من كتاب عن تعديل السلوك البشرى. ولعل القارىء الذى يود مزيدا من الإستبصار عن هذه الموضوعات أن يرجع إلى المراجع رقم ١ ، ٥ (ب) المسجلة فى قائمة المراجع العربية.

ويبقى الآن سؤال نشعر بأن اثارته تخدم أيضا مبرراتنا فى تخصيص كتاب من هذا النوع للمكتبة العربية ، **ويتعلق بمدى انتشار هذه الإضطرابات**. فالى أى مدى تنتشر الإضطرابات النفسية والعقلية ؟

يعتقد كثير من الأطباء النفسيين أن عدد العصابيين يتراوح ما بين ٣٠:٣٥٪ من عدد سكان أى دولة . والحقيقة أن نسبة التعساء بسبب الإضطرابات النفسية والعقلية أو الإجتماعية قد تكون أكبر من هذا اذا ما لاحظنا بأن فى حياة كل شخص تقريبا لحظات محددة طويلة أو قصيرة يشعر فيها بالإضطراب ، وأن الأمور أفلتت من يده ، أو يعانى من حالات يوشك فيها على الانهيار العصبى وأن أسلوبه فى الحياة لم يعد يجدى معه.

ويقرر مركز الخدمات الصحية فى احدى الجامعات الانجليزية أن ٤٪ من الرجال و ٥٪ من النساء يعانون من أعراض نفسية (أو ذهانية لفترة قصيرة) أثناء حياتهم الدراسية. وإذا أتخذنا من هذه النسبة محكا ، فان نسبة العصاب ستزيد عن هذا دون شك. وفى دراسة مسحية على خمسة آلاف أمريكى ، وجد أن ٤٪ منهم كانوا يعانون من الإضطراب المزمن ، و١١٪ يشعرون بالإكتئاب النفسى والتعاسة، و١٩٪ تتملكهم مخاوف من الانهيار العصبى بين لحظة وأخرى، و٢٣٪ صادفتهم مشكلات احتاجت لتدخل أخصائيين نفسيين أو اجتماعيين. أما نسبة الذهان فهى تصل إلى أكثر من ١٪ فى المجتمع .والنساء أكثر عرضة للإصابة بالأمراض النفسية من الرجال ، وكبار السن يرتفعون أيضا بمقارنتهم بالصغار فى جوانب معينة من الإضطرابات النفسية كالإكتئاب (٩).

وقد يتبادر لذهن القارىء أن هذه النسب تنطبق على المجتمعات الغربية وهى ليست مقياسا لمجتمعاتنا العربية. وقد نتوهم بأن المجتمعات

النامية ، التى تقل فيها ضغوط الحياة تخلو من الإضطرابات النفسية. لكن هذا غير صحيح، فعلماء النفس الانثروبولوجى* يؤكدون أن الأمراض النفسية توجد فى كل المجتمعات التى درست. بالرغم من أن هناك بعض الإضطرابات التى قد يقل ظهورها فى المجتمعات البدائية ، كالأمراض السيكوسوماتية (إرتفاع الضغط، والقرحة .. إلخ) التى ترجع إلى إضطرابات العمل وضغوطه ، إلا أن هناك إضطرابات أخرى تسود فى المجتمعات الأفريقية ، ولا تسود فى المجتمعات الغربية كجنون السعار فى بعض المجتمعات الأفريقية. لكن الذى لاشك فيه أن الإضطرابات النفسية والعقلية ليست حكرا على المجتمعات الغربية .. وأنها تشكل فى الحقيقة مشكلة لكل المجتمعات الإنسانية .. ففى مسح اجتماعى لحالات الفصام المزمن فى مناطق "غانا" الأفريقية ، وجد أن نسبة الفصاميين (والفصام يشكل ٨٠٪ من حالات الذهان) تصل إلى ٩٪ من عدد السكان – فى مقابل ٨٪ من عدد السكان فى أوربا وأمريكا . وفى دراسة حديثة أجريت فى ثلاث قرى هندية تتكون من تسعة آلاف نسمه تبين أن ٣٧٪ من السكان صرحوا بأنهم يعانون من أحد الإضطرابات النفسية بشكل أو بآخر. وزادت هذه الأعراض بين النساء أكثر من الرجال ، وبين الفقراء أكثر من الأغنياء. صحيح أن نسبة من هذه الإضطرابات لم تكن خطيرة ولم تستدع الايداع فى المصحات العقلية إلا أن من الشيق أن نلاحظ مع هذا أن نسبة الـ ٣٧٪ تقترب من الإحصاءات الواردة من الغرب.

---

* يهتم علماء النفس الأنثروبولوجى بدراسة السلوك البشرى فى المجتمعات والحضارات المختلفة دراسة مقارنة .

أما فى العالم العربى فاننا نعتقد بأن الأمر لا يختلف كثيرا . صحيح أنه لا توجد مثل هذه الدراسات المسحية الشاملة ولكن بعض الدراسات المحدودة. قد تفى بالغرض . ففى دراسة مقارنة أجراها الكاتب على ثلاث مجموعات من الطلاب فى أمريكا وبريطانيا ومصر(١٠) تبين أن نسبة العصابية والقلق تزداد بين الطلاب المصريين ، يتلوهم الأمريكيون ، ثم الإنجليز . كذلك أجرى غالى(١١) دراسة على ١٨٨٣ فردا من المقيمين فى الكويت من بينهم ٤٥٠ من الكويتيين الذكور، ٥٥٧ من الكويتيات ، ٥٧٥ من غير الكويتيين من الذكور ، ٢٩٦ من غير الكويتيات. أمكن سؤالهم جميعا أسئلة وإستفتاءات مماثلة تماما لإستفتاءات أستخدمت فى إنجلترا ، وكان هدفها أن تبين مدى شيوع القلق وعدم الأستقرار الإنفعالى فى داخل المجتمع الكويتى(١١) . وقد سمحت لنفسى أن أقارن النتائج المستخلصة من هذا البحث بنتائج بحوث مماثلة فى المجتمعات الغربية (الأنجليزية والأمريكية) لكى تتضح لنا بعض الفروق. وكما فى بحثنا السابق تبين هنا أيضا أن حظ الكويتيين لا يقل عن حظ المصريين من حيث إرتفاع مستويات القلق والإضطرابات العصابية. فلقد إزداد شيوع العصاب بينهم أكثر من المجتمع الإنجليزى. وفى داخل المجتمع الكويتى ترتفع (ولأسباب غير معلومة) الميول العصابية بين المواطنين الكويتيين عن الوافدين من الدول العربية الأخرى ، كما أن الإناث عامة سواء كن كويتيات أو وافدات كن أكثر عصابية ، وقد أبرزت الدراسة أن أكثر المجموعات عصابية هى فئات تلاميذ المرحلة الثانوية وأصحاب المهن ، أما المشتغلون بالتدريس فهم أميل لعدم الإستقرار والعصابية من غيرهم من أفراد المهن الأخرى. وتنبع أهمية هذه النتائج فى أنها تساعد على تخطيط أى برامج وقائية لمواجهة الإضطرابات النفسية قبل إستفحالها .

وفى دراسة أخرى حديثة (لم تنشر) ، قمت بإعطاء الترجمة العربية من مقياس تأكيد الذات (الفصل السادس) لثلاثمائة طالب وطالبة فى المرحلة الجامعية بمدينة البيضاء بليبيا . ومن المعروف أن هذا المقياس يساعد على إكتشاف جوانب العجز عن تأكيد الذات والثقة فى مواجهة الآخرين ، ويساعد على تشخيص جوانب الفشل فى التعبير عن الإنفعالات والحاجات النفسية بشكل ملائم . وهى جوانب من المعروف أن زيادتها تدل على القلق الإجتماعى وميول الإنسحاب والأنزواء والعصاب . وتبين النتائج فى مجملها أن مايقرب من ٥١,٦٪ من العينة عبرت عن العجز عن تأكيد الذات وإنخفاض الثقة بالنفس فى مواقف التفاعل الإجتماعى . وقد إزدادت النسبة فى العبارات الآتية :

- هل أنت من النوع الذى يعتذر بكثرة ؟ (٩٦٪ أجابوا بنعم) .
- هل تحافظ أحيانا على هدوئك بحثا عن السلام؟ (نعم ٨٥٪) .
- إذا ضايقك قريب تحترمه هل تخبىء مشاعرك بدلا من الكشف عن ضيقك الحقيقى؟ (نعم ٧٥٪) .
- هل تجد صعوبة فى بدء مناقشة أو حديث مع شخص غريب عنك ؟ (نعم ٦٥٪).
- هل تجد صعوبة فى تأنيب مساعد أو شخص أقل منك منزلة ؟ (نعم ٦٥٪) .

- هل تتجنب الشـــكوى من خدمة سـيئة فى مطعم أو مكان عام ؟

(نعم ٥٧٪) .

- هل تتجنب الأشخاص المحبين للتسلط والسيطرة ؟ (نعم ٧٣٪) .

وفى دراسـة مماثلة على نفس العـينة السـابقـة قـمنا بإعطاء مـقـيـاس الخجل الإجتماعى ونظرا للنتائج الممثلة بكثير من الدلالات عن إنتشار هذه الظواهر فى مجتمعاتنا العربية نوضح فيما يلى بنود هذا المقياس وإجابات الطلاب على كل بند منها .

جدول (١)

الخجل الإجتماعى فى مجتمع عربى

(العدد = ٣٠٠ من عينة جامعية مختلطة)

فقرات الخجل الإجتماعى	النسبة المئوية لمن أجابوا « بنعم » ٪	النسبة المئوية لمن أجابوا « لا » ٪
١- أشعر بالهدوء حتى فى المواقف الإجتماعية الجديدة وغير المألوفة .	٥٠,٥٠	٤٩,٥٠
٢- أتجنب المواقف التى أجد فيـــها نفسى مرغما علـــى الإختلاط وتبادل الأحاديث الإجتماعيـــة مع الآخرين .	٤٤,٨٥	٥٥,١٥
٣- من السهـل علـــى أن أكـون هادئا وعلى راحتى مع الغرباء.	٩٥,٥٥	٤٠,٤٥

فقرات الخجل الإجتماعى	النسبة المئوية لمن أجابوا « بنعم » ٪	النسبة المئوية لمن أجابوا « لا » ٪
٤- أشعر برغبــة خاصــة لتجنب الإلتقاء بالآخرين .	٥٤,٠٠	٤٦,٠٠
٥- عندما أتحدث مع رؤسائى "أو أساتذتى" أبادلهم الأحاديث برغبة صادقة .	٧٦,٨٠	٢٣,٢٠
٦ - أتجنب الإنضمام لجماعة كبيرة من الناس تتحادث فيما بينها .	٥٤,٠٠	٤٦,٠٠
٧ - أشعر بالحرج عندمـــا أكون وسط مجموعة من الناس .	٤٢,٨٥	٥٧,١٥
٨ - أميــل للإنسحــاب والبعــد عن الآخرين .	٢٧,٠٠	٧٣,٠٠
٩ - لا أشعر بأى حرج من الحديث مع الناس فــى الحفـــلات أو اللقاءات العامة .	٦٥,٥٥	٣٤,٤٥
١٠- لا أشعر بالمرة بهدوئــــــى وراحتى عندما أكون فى وسط مجموعة كبيرة من الناس .	٦٠,٠٠	٤٠,٠٠
١١- أخلق دائمــا الأعذار عندما تتاح الفرصـــة للإجتمـــاع بالآخرين أو الإلتقاء بهـــم فى حفل أو رحلة .	٤٠,٣٠	٥٩,٨٠

فقرات الخجل الإجتماعى	النسبة المئوية لمن أجابوا « بنعم » ٪	النسبة المئوية لمن أجابوا «لا» ٪
١٢- أقـوم أحيانا بتعـريف الناس بعضهم بالبعض الآخر.	٦٢,٧٥	٣٧,٢٥
١٣- أتجنب المناسبات الرسمية والإجتماعات .	٤٢,٢٥	٥٧,٥٥
١٤- عادة لا أفوت أى إجتمـاع	٤٧,٨٥	٥٢,١٥
١٥- من السـهل على أن أشـعر بالهدوء والإستمتاع بلقاء الآخرين	٦٤,٧٥	٣٥,٢٥

المتوسط العام للخجل الإجتماعي ١٣، ٤٥٪

ومن الواضح من الجدول أن الخجل والإنسحاب من التفاعل فى المواقف الإجتماعية تنتشر بين ما يقرب من٤٥٪من أفراد العينة وهى نسبة عالية دون شك. وإذا لاحظنا أن الخجل الإجتماعى يمثل أحد المظاهر العصابية[١٢] - فإن هذا الجدول يدل بشكل عام على أننا عرضة كغيرنا من الدول للإصابة بالأمراض النفسية بنسبة مقاربة أو أعلى قليلا.

والآن هل تتجه الإضطرابات العقلية والنفسية إلى الزيادة بسبب ضغوط الحياة الحديثة ؟ .. أجل .. ! فتزايد المعرفة بموضوعات علم النفس والإضطرابات النفسية تؤدى إلى زيادة فى إكتشاف الإضطرابات، والتوصية بعلاجها . لكن الزيادة بالطبع تلمس بعض جوانب الإضطرابات أكثر من الجوانب الأخرى.

ففى حالة **الذهان** لاتحدث الزيادة بشكل مضطرد .. بل أن هناك هبوطا فى معدلات الإلتحاق بالمستشفيات العقلية الأمريكية بعد سنة ١٩٥٥م . وجاء هذا مواكبا للنجاح فى إكتشاف بعض العقاقير والمهدئات . لكن بينما نقص عدد النزلاء الذهانيين فى المستشفيات زاد عدد زياراتهم للعيادات الخارجية . ويدل هذا على أن العقاقير تهدىء من شدة الأعراض، ولكن آثارها العلاجية غير حاسمة . ومن ناحية أخرى ، فهناك زيادة فى عدد الذهانيين بعد سن ٥٥ فى الدول الغربية ، غير أن هذه الزيادة ترتبط فيما يبدو بظروف الرعاية التى بدأت تقدم بكرم وسخاء نحو المسنين مما يؤدى إلى تطور الأساليب التشخيصية التى ساعدت على إكتشاف الإضطرابات الذهانية بين المسنين. ولهذا فإن الزيادة التى يلاحظها قد تكون نتيجة لتطور وسائل إكتشاف الإضطراب ، ولايعبر عن زيادة فعلية فى الإضطرابات الذهانية لدى المسنين.

أما بالنسبة **للأمراض النفسية** : القلق والإكتئاب ، فيبدو أنها فى تزايد مستمر بالرغم من إزدياد تعاطى العقاقير المهدئة . وهناك دلائل واقعية على أن القلق أو النزعات العصابية تتزايد فى دول العالم النامى . ويبدو أن ضغوط الحياة وميل المواطنين فى هذه الدول لتبنى قيم المجتمعات الغربية المادية ، يخلق ضغوطا على الأفراد مما يسم حياتهم بالصراع والقلق. ويؤكد هذه النظرية أن هناك أيضا زيادة فى الجريمة والجناح بصفتهما نتيجة للفرص غير المتكافئة من النجاح فى مجتمع رأسمالى . ويقرر عزت حجازى (١٢) أن الإتجاه نحو الأدمان وشرب الخمور وتعاطى العقاقير أصبح الآن مشكلة تواجه بعض القطاعات فى المجتمعات العربية . صحيح فيما يلاحظ حجازى أن التعاطى والأدمان ما زال محدودا ، إلا أنه بدأ يشهد موجة من الإزدياد منذ أوائل السبعينات شاملا الذكور،

وبعض فئات من الإناث ، وطلبة الجامعة ، وأبناء الطبقات الدنيا والوسطى والعليا على السواء. وبالرغم من أن حجازى يريد أن يوحى بأن تلك الإضطرابات وغيرها من مشكلات إجتماعية ترتبط بالإغتراب والتغير الإجتماعى وغيرها من العوامل الإجتماعية ، فإن الملاحظة تشير إلى أن الجنوح والإدمان تظهر عند البعض ولاتظهر عند البعض الآخر. فتحت نفس الظروف الإجتماعية السيئة قد يتحول البعض إلى جانح وبعضهم قد يختار القلق، ويبقى لبعضهم الثالث الإتجاه إلى بعض السبل البناءة. ممايدل على أن هناك عوامل أخرى نفسية ، تحكم حتى الإضطرابات فى السلوك الإجتماعى كالجناح والجريمة والإدمان. ويشير هذا إلى ضرورة أن تساير الخطط الإجتماعية فى الوقاية والعلاج ، خطط نفسية تولى إهتمامها للفرد وإضطراباته. ويقودنا هذا الحديث عن مصادر الإضطرابات النفسية والسلوك الشاذ.

آن الآن أوان الحديث عن **مصادر الإضطرابات النفسية**. وسنعرض لثلاثة مصادر هى **الوراثة** ، **والتعلم الإجتماعى** ، **والضغوط أو الأزمات البيئية**.

وبالرغم من أن كل مصدر من هذه المصادر كفيل وحده باحداث الإضطرابات النفسية ، الا أن الإضطراب النفسى يحدث عادة بسبب إلتقاء هذه العناصر الثلاثة مجتمعة، أو اثنين منها على الأقل. لهذا فالحديث عن أن الوراثة هى السبب، أو أن التعلم من البيئة هو السبب أشبه بالحديث عن أيهما يؤدى إلى زيادة نسبة حوادث السيارات فى بلادنا : ضعف التدريب على القيادة، أم تزاحم السيارات فى الطرق والميادين ؟ .!

أ - والحقيقة أن الشخص يولد ولديه استعداد وراثى ضعيف لتحمل الضغوط ، والتداعى أمام الكوارث ، وتساعد البيئة (خاصة خبرات الطفولة السيئة) على تعميق هذا الاستعداد فيحدث الانهيار بسبب صعوبات الحياة الحديثة.

ومن المعروف أن بعض الأسر يشيع فيها نمط معين من الإضطراب : الفصام أو القلق أو الميل للجنوح .. لكن هذا لا يعنى أن تلك الإضطرابات موروثة ، فقد تكون بسبب أن الأبوين يخلقان مناخا مضطربا مؤثرين بذلك تأثيرا مباشرا على الطفل فى إختيار هذا الأسلوب المضطرب من الحياة.

ومن أفضل الطرق للحسم فى تأثير الوراثة دراسة التوائم الأخوية (غير المتطابقة) والتوائم المتطابقة. فالتوائم المتطابقة هى التى تحدث بسبب انقسام بويضة واحدة ، لهذا فالخصائص الوراثية تتساوى .. بحيث أن الاختلاف الذى يحدث فى سلوك توأمين يمكن أن يكون راجعا لعوامل التعلم الإجتماعى. أما التوائم الاخوية فهى تنشأ نتيجة لتخصيب مستقل لبويضتين ، لهذا فالتشابه بينهما لايزيد عن التشابه بين الاخوة فى الرضاعة . وعلى هذا فإذا قارنا سلوك التوائم المتطابقة بسلوك التوائم الاخوية فى ظروف إجتماعية مختلفة لوجدنا أن التوائم المتطابقة أكثر تماثلا من التوائم الأخوية فى جانب معين ، فان هذا يعنى أن هذا الجانب موروث إلى حدما . ويبين الجدول الآتى النسبة المئوية لأنتشار الإضطرابات النفسية بين التوائم وهى مثيرة للتأمل بحق.

جدول (٢)

نسبة الإضطرابات العقلية بين التوائم

نوع الإضطرابات	نسبة التشابه بين التوائم المتطابقة ٪	نسبة التشابه بين التوائم غير المتطابقة ٪
الفصام	٦٧ : ٨٦	١٠ : ١٥
الهوس والإكتئاب	١٠٠ : ٧٠	١٥ : ٢٩
الانحرافات السيكوباثية	٢٥	١٤
العصاب (القلق والهيستيريا)	٥٣	٢٥

ملحوظة :

هذا الجدول مأخوذ عن أرجايل: علم النفس ومشكلات الحياة الإجتماعية، مرجع رقم ٥ / (ب) والجدول يعبر عن متوسط النتائج عديد من الدراسات .

والذى نستنتجه بوضوح من الجدول أن كل الإضطرابات النفسية تخضع للوراثة جزئيا ، دون أن يلغى هذا دور العوامل البيئية والا بلغت نسبة التشابه بين التوائم المتطابقة مائة فى المائة . غير أن هناك بعض الإضطرابات تمنح الوراثة فيها إستعدادا قويا للإضطراب ، ويزداد تدخل الوراثة فى الأمراض العقلية (الفصام والهوس والإكتئاب) يتلوها العصاب ثم الإنحرافات السيكوباثية والجنوح .

ب - **يقرر الجدول على أية حال** ، أن الوراثة وحدها لا تحدث الإضطراب السلوكى وأن **الخبرات البيئية** التالية يجب حسابها بقوة. ويزداد تأثير الخبرات البيئية فى مراحل الطفولة .. هناك ما يؤكد عن يقين بأن ظهور الإضطراب النفسى - السلوكى يرتبط بأساليب محددة من **تنشئة الاطفال** ، وأن كل إضطراب يرتبط بخاصية مستقلة من خصائص التنشئة لاتظهر فى الإضطرابات الأخرى(١٤).

فدراسة الأشخاص المصابين بالقلق بينت أنهم ولدوا لآباء يتميزون بالضبط الشديد ، وأن علاقتهم بأبنائهم تميزت بالتوتر والتخويف فى المواقف الإجتماعية. وتنتهى هذه الخبرات بالشخص فيما بعد إلى سهولة تعلمه وإكتسابه للمخاوف المرضية. تلك المخاوف التى تعتبر السمة الأساسية لكل جوانب القلق والعصاب.

أما حالات الجناح فترتبط بالرفض والعقاب البدنى ، مما يدل على أنه ينشأ من نوعية مختلفة من التنشئة.

وقد أشرنا إلى أن طفولة الهيستيريين ذات طبيعة مختلفة. فوالدة الهيستيرى (أو الهيستيرية) تكون من النوع الذى يسرف فى الرعاية ، والسيطرة، وتولى اهتمامها للشكاوى الجسمية ، والأمراض البدنية. ويؤدى هذا إلى اللجوء إلى الحيل والأمراض الجسمية فى مواجهة الأحباطات والصراعات: وهذا هو جوهر مانسميه بالهيستيريا.

والفصام يظهر غالبا لدى الأشخاص الذين يتعرضون فى طفولتهم للكف، والعزلة عن الأطفال الآخرين. ولم يتمكن العلماء حتى الآن من

إكتشاف ما إذا كانت هذه العزلة ترجع إلى فشل الشخص فى إكتساب وتعلم المهارات الإجتماعية التى تساعد على التكيف الفعال ، أم تعكس سمات موروثة من الشخصية . وهناك دراسات شيقة تبين أن الفصاميين يأتون من أمهات كثيرات الغضب ، ولكنهن مسرفات فى الرعاية فى نفس الوقت . كما توضح هذه الدراسات أن تخلف الفصامى فى فهم العلاقات الإجتماعية وعجزه عن التواصل بالناس ، إنما يتسبب عن إضطراب التوصل بينه وبين الأبوين فى الفترات المبكرة. أى أن الفصامى لم يجد نماذج من الأتصال الجيد فى داخل الأسرة يمكن أن يحاكيها فى تفاعله مع المواقف الإجتماعية المختلفة . وهناك نظرية تثبت أن الإتصال بين الأم والفصامى يأخذ ما يسمى بشكل الرسائل المزدوجة (١٣) فالام تتصرف بطريقة معينة ولكنها تتوقع إستجابة مختلفة . بحيث أن الطفل يتلقى رسائل (أو منبهات) بأنه يجب أن يسلك على نحو معين ولكنها رسائل تتضمن فى الوقت عينه بعض المعلومات التى تتناقض مع ذلك تناقضا ملحوظا . لذلك يصبح الطفل كالضحية المحكوم عليها بالفعل مهما كان قرارها أو إختيارها . ولعل نظرية الرسائل المزدوجة وما تسببه من حيرة نلاحظه فى الحادثة الآتية التى حدثت على مشهد من الكاتب نفسه فى إحدى مستشفيات الطب العقلى بالولايات المتحدة .

مريض فصامى فى السابعة عشر من عمره كان فى أسبوعه الخامس فى المستشفى عندما حدث ذلك . فبعد أن أجتمعت ملاحظاتنا الإجتماعية والنفسية أنه قد بدأ يتحسن ويسلك سلوكا إجتماعيا إيجابيا جاءت أمه فى نهاية الاسبوع لزيارته .. فلما رآها وذهب لتحيتها صاحت " : ألا تخجل من

نفسك بعد هذه الفترة أن لاتسرع بتقبيلي" ولما قام بذلك أحمر وجه الأم ، وأبعدت جسمها عنه بحذر، أحمر وجه الشاب ، وبدت عليه علامات الحرج والعجز عن التصرف. وقد لاحظنا بعد ذهاب الأم أنه أنتكس وأتجه من جديد للإغراق في ذاته .. والبعد عمن حوله .

هاهنا مثال واضح للغموض في الإتصال المحير فالرسائل التي ترسلها الأم متناقضة فهي في الظاهر تعني المحبة والمودة .. ولكنها في مضمونها تحمل معنى مضادا * . فتكون إستجابات الشخص فاشلة إذا لم يظهر المودة ، وفاشلة إذا أظهرها . ومثل هذه الأنماط من السلوك الإجتماعي تعد الطفل لكي يسلك على نحو فصامي في مرحلة الرشد . وتحدث الانهيارات الفصامية غالبا في المراهقة المتأخرة ، بعد إستعداد للفشل (من مصدر وراثي وإجتماعي) في علاج المشكلات المتعلقة بالدرسة أو العمل. وبهذا البناء الضعيف الهش يتكون الأسلوب الفصامي لمواجهة إحباطات الحياة في شكل الإنسحاب من مصادر القلق إلى عالم ضيق تسوده الخيالات والأشباعات الفصامية البديلة عن الأساليب الجيدة والواضحة.

أما الإكتئاب فيحدث عندما يكون الوالدان من ذوي الضمير القوي الصارم، يتجهون للوم النفسي الشديد عند حدوث أشياء خاطئة. وتتضمن

---

* يجنح بعض الآباء والأمهات إلى إظهار النفور والعقاب للأبن بأسم المحبة أحيانا وهذا نموذج آخر للوسائل المزدوجة .

أسر المصابين بالبارانويا (هواجس العظمة والإضطهاد) هذا النوع الأصم من الآباء والأمهات الذين يفتقرون للغة التواصل الإجتماعى والحساسية للآخرين ، والذين لايشجعون أباءهم على مواجهة الواقع بطريقة إنسانية سليمة بسبب افتقارهم لذلك أو بسبب التدليل الشديد لهؤلاء الأبناء. ويبدو أن المعتقدات الثابتة التى يتبناها المصاب بهواجس البارانويا فيما بعد تكون فى الأصل تبرير للتضخم فى إدراك الذات ، ويزداد رسوخ هذه المعتقدات والهواجس عندما يتعرض هؤلاء المرضى لأزمات فشل فتبدو تلك الأزمات عديمة الأذى وضعيفة التأثير إزاء الهواجس وأفكار العظمة القوية.

جـ- تعجل الازمات البيئية بظهورالإضطرابات . ولو أن بعض الأزمات البيئية القوية تكفى وحدها لظهور الإضطرابات السلوكية كما يحدث فى معسكرات الإعتقال. ولكن الإضطرابات التى تستثيرها تلك الأزمات لاتكون دائمة فى الشخصية.

ويتحدد شكل الإضطراب السلوكى بطبيعة الأزمات البيئية . فأنواع الإنهيارات التى تحدث أثناء الخدمة العسكرية ،تختلف عن أزمات الأمتحانات الدراسية. وتعتبر حالات الوفاة أو الطلاق أو الهجرة أو الحروب مصدرا من مصادر الإضطراب النفسى. ففى الحرب العالمية الثانية تحول ثلاثة أرباع مليون جندى أمريكى إلى مرضى لأسباب نفسية. أما **معسكرات الاعتقال** فهى أيضا مصدر خصيب للإضطرابات السلوكية. ففى معسكرات الاعتقال النازية يسجل لنا " بتلهايم" أن كل المعتقلين تقريبا تعرضوا لإضطرابات نفسية بشكل أو بآخر بدءا من حالات النفاق

والكذب وإنتهاءا بالأنهيارات الشبيهة بالذهان كالإكتئاب والسلوك الفصامي . وتكون العـــزلة الإجتماعيـــة ، **وضعف حجم الأتصالات الإجتماعية والهجرة** تكون سـبـبـا للإضطراب السلوكي ، ونتـيـجـة له في نفس الوقت. فنسبة الفصام بين العزاب تبلغ أربعة أضعاف نسبتها بين المتزوجين ، وتصل بين الأرامل إلى النصف. وبينما نجد أن كل الإضطرابات السلوكية تصاحبها عزلة إجتماعية ، فان نسبة العزلة تزدادلدى الفصاميين والحالات الإنتحارية. وغالبا ما يعتبر ظهور العزلة الإجتماعية علامة على تزايد الإضطراب لدى الشخص. لهذا فإن تقوية الروابط الإجتماعية ، وتشجيع الأنتماء يعتبران من وسائل علاج كثير من الإضطرابات النفسية في الوقت الراهن.

وتحدد الشخصية شكل الأستجابة بالإضطراب السلوكي الشديد للأزمات البيئية. فقد يتعرض شخصان لخطر (كالإعتقال) لكن أحدهما يستجيب لها بالإضطراب والأنهيار بينما تكون استجابة االشخص الاخر مختلفة عن ذلك. وقد يترجم النجاح المتوسط أو العادي إلى فشل ذريع عند بعض الأشخاص نتيجة لانهم يضعون مستوى مرتفعا من الطموح ، أو الخوف من الفشل. وتساعد الخبرات الفعلية المبكرة للشخص في رسم إستجاباته في مواقف الأزمة ، فقد يستجيب بالقلق الشديد لنقد من رئيسه في العمل بسبب خبرات طفولية سيئة بالعلاقة بالأبوين أو بالمدرسين أو بمن يمثلهم من نماذج السلطة. فالأشخاص عندما يتعرضون لموقف واحد أو أزمة يستجيبون بدرجات مختلفة من الإضطراب أو بأنواع مختلفة منه. وكل هذا يدل على أن جزءا من الإضطراب لاتسببه الأزمات البيئية -

الإجتماعية بقدر ما تســـببه طريقة إدراكنا وإحســـــاسنا النفسى بها .

ومن المشكلات المتعلقة بتـأثير البيئة الإجتمـاعية أن ذوى الأستـعداد النفسى السريع للإنهيار، غالبا ما يستجيبون اكثر من غيرهم بالإضطراب لأزمات الحياة كالعزلة ، أو الطلاق. فهل يكون الأنهيار نتيجة لهذه الأزمات ؟ أم أن الفرد بسبب إستعداداته للإنهيار وبنائه الهش يدرك هذه المواقف ، ويراها على أنها مثيرة للإضطراب بينما هى ليست كذلك ؟ وتتطلب إجابة هذه الأسئلة أن نوضح مـا يسـمى **بمفهوم الحلقة المفرغة فى تفسير** الإضطرابات النفسية. خذ مثلا حالة الزوجة (أو الزوج) السلبى الذى يشكو من عدوانيـة وتهـجم القـرين .. فـهل سلبـيـة الأول تشـجع على إثارة عـدوان الثانى؟ أم أن عدوان الثانى هو الذى يشكل سلبية الطرف الأول وإنسحابة ؟ وبالرغم من أن إجابة هذا السؤال لم تتحدد بعد فى مجال البحث العلمى ، فإن هناك ما يشبه الأتفاق على وجود حلقة مفرغة فى تفسير أى إضطراب نفسى ، وممارس العلاج النفسى غالبا ما يبدأ بتشجيع كسر هذه الحلقة المفـرغـة من أى زاوية ممكنة ، فـهـو قـد يشـجع المريض على إتخـاذ مـوقف إيجـابى وواثق دون النظر إلى عـدوانيـة الطرف الآخـر ، على أمل أن هذا سيخلق حلقة أخرى من التغير البناء: (ظهور السلوك الأيجابى سيوقف عدوانية الطرف الآخر. وتوقف العدوانية يؤدى إلى مزيد من تدعيم السلوك الأيجابى والبعد عن السلبية. إلخ)* . وتأثير العزلة الإجتماعية (كالهجرة ،

---

* قد يبدأ العلاج ايضا من الشخص العدوانى نفسه بأن نطلب منه التقليل من عدائه .

والعزوبية والطلاق) على ظهور المرض العقلى يثير حلقة مفرغة من هذاالنوع .فهل العزلة هى التى أدت إلى ذلك أم أن المضطربين نفسيا غالبا ما ينتهون إلى العزلة بسبب إثارتهم للإشمئزاز والنفور فى الآخرين ، وإتخاذهم لقرارات خرقاء؟ المرجح فيما أوضحنا من قبل أن العزلة الإجتماعية تكون سببا للإضطراب العقلى ونتيجة له فى نفس الوقت.

الخلاصـــــة

يعـبـر الإضطراب النفـسي والعـقلي عن مـفـهـوم لجـانب من السلوك يتعارض مع مانطلق عليه سلوكا سليما ، أو عاديا أو ناضجا . والإضطراب أو المرض النفسي لايحق الرضا والتقبل للشخص أو لمن حوله أو لكليهما معـا . ويؤدى المرض النفـسي إلى إثارة إضطرابات شـاملة في سلوك الإنسـان قد تشـمل حالته الإنفـعالية، أو تفكيره أو سلوكه الإجتمـاعي ، أو وظائفه العضوية والجسمية ، أو كل هذه الأشياء مجتمعة في وقت واحد . وإذا غلب الإضطراب على الناحية الإنفعالية والوجدانية كان هناك ما يسمى بالإضطرابات العصابية كالقلق والهيستيريا والمخاوف المرضية والإكتئاب ، واذا كـان مـصـدر الشـذوذ إضطرابا في التـفكيـر تكون مـا يسـمى بالمرض العقلي (الذهاني) بأشكاله المختلفة من فصام ، وهوس ، وبارانويا . وتنشأ الجـريمة والجناح (الأنحـرافـات السـيكوباتيـة) بسـبب إضطراب السلوك الإجتماعي . وتعتبر الأمراض السيكوسوماتية كالأرتفاع في ضغط الدم ، والربووالقـرحـة عـلامـة على أن الإضطراب النفـسي يؤثر في الوظائف العـضـويةوالبـدنيـةللإنسـان . وفي كل نوع من أنواع هذه الإضطرابات ، يشـمل الإضطراب الوظائف الأخـرى . فـالإضطراب في حـالة القلق مـثـلا يصيب الجـوانب الوجدانيـة ، والجسـمـيـة ، والسلوكية ، والعـقليـة .. ولو أن مصدر الإضطراب هو الوجدان أساسا .

وتشكل الأمراض النفـسيـة بؤرة لمشكلات إجـتمـاعـيـة وعقليـة أخرى تعاني منها المجتمعات المتقدمة الغربية والأشتراكية ودول العالم الثالث على

السواء. وقد بينا بالأعتماد على نتائج البحوث المسحية والدراسات التجريبية مدى إنتشار الإضطرابات العقلية فى العالم العربى والغربى. وتحدث الإضطرابات النفسية بسبب إلتقاء الوراثة، والأساليب الخاطئة فى التنشئة فضلا عن الضغوط والأزمات البيئية. وقد أوضحنا كيف يتم الإلتقاء بين هذه العناصر الثلاثة. وإلتقاء هذه العناصر يرسم دون شك خطط العلاج الفعال لتلك المشكلات.. كما يمنحنا البصيرة بالسبل والأشكال التى يجب أن تتطور نحوها أساليب العلاج وهذا هو موضوع الفصل القادم.

مراجـــع وتعليـقات

١ – هانز ايزنك ، الحقيقة والوهم فى علم النفس ، ترجمة قدرى حفنى و رؤوف نظمى ، القاهرة : دار المعارف ، ١٩٦٩.

٢– عبد الستار ابراهيم ، السلوك الإنسانى بين النظرة العلمية والنظرة الدارجة ، فى كتاب: السلوك الإنسانى: نظرة علمية ، تأليف عبد الستار ابراهيم ، ومحمد فرغلى فراج وسلوى الملا ، القاهرة: دار الكتب الجامعية ، ١٩٧٧ ويوضح الفصلان الأولان من هذا الكتاب بعض النقاط المتعلقة بالتعريف السيكولوجى العلمى للظواهر.

٣ – للمزيد عن الفروق بين العصاب والذهان أنظر :

Hans Eysenck (1978). You and Neurosis Britain, Glasgow:Wiliam, Collins Sons.

أنظر بشكل خاص الفصل الأول من هذا الكتاب الذى يخصصه المؤلف لأنواع المرض النفسى العصابى .. وما يميز الذهانى (المريض العقلى) عن العصابى .. ويتبنى المؤلف وجهة نظر الطب النفسى التقليدية التى ترى أن الذهان درجة أقسى من العصاب .. أى أن الفرق بينهما فرق فى الدرجة.

غير أن المؤلف يعرض لوجهة نظر ترى بأنهما نوعان مختلفان من الأمراض.

٤ – أنظر :

Milton Rokeach (1964). The Three Christs of Ypslant-li.NewYork Alfred Knopf 1964 .

٥ – للمزيد من الأمراض المصاحبة للعصاب والذهان وأشكال الإضطرابات النفسية الأخرى أنظر :

(أ) ايزنك ، الحقيقة والوهم فى علم النفس ، مرجع سبق ذكره فى "١"

(ب) شيلون كاشدان ، علم نفسى الشواذ ، ترجمة احمد عبد العزيز سلامة ومراجعة محمد عثمان نجاتى ، الكويت : دار القلم ،. ١٩٧٧ أنظر بشكل خاص الفصل الثانى من هذا الكتاب الخاص بمجموعات أمراض السلوك الشاذ .

٦ – تبين دراسة حديثة أن المخاوف المرضية يمكن إرجاعها إلى سبعة موضوعات أو فئات رئيسية :

(أ) مخاوف من الحيوانات كالعناكب ، والقطط .. إلخ .

(ب) مخاوف من مشاهدة العداوة لدى الآخرين وذلك كالخوف من الأصوات المرتفعة ، أو الخوف من الناس الغاضبين ، أو الخوف من المشادات ... إلخ .

(جـ) الخوف من الموت والأذى كالخوف من الدم ، والجروح والموتى ورائحة العقاقير ، وحوادث السيارات ..

(د) المخاوف ذات الشكل الأخلاقى ، كالخوف من الأنتحار ،والعادة السرية والعذاب فى الآخرة والجنس .

(هـ) الخوف من النقد الإجتماعى ، كالخوف من التجاهل والنبذ ، والنقد .ألخ

(و) الخوف من الظلام وما يرتبط به من مخاوف أخرى كالخوف من الوحدة ، أو الدخول إلى الأماكن المظلمة .

(ز) الخوف من الأماكن الخطيرة مثل الخوف من المرتفعات ومن الأماكن المغلقة ، والأماكن المزدحمة والأماكن الفسيحة..إلخ للمزيد من التفاصيل أنظر :

.Eysenck. You and neurosis Op. Cit P.73

٧ – للمزيد من القلق الوجودى أنظر بالانجليزية.

Salvator Maddi(1969).TheExtential Neurosis, In David Rosenhahn and Perry London (eds) ***Theory And Research in Abnormal Behavior*** *.New York : Holt ,Rinehart and Winston,(pp.222-329).*

٨ – هناك أيضا إنحرافات يطلق عليها إنحرافات " نوى الياقات البيضاء.." وهى تشيع فى أفراد من الطبقات المتوسطة والعليا وتتمثل فى الهروب من دفع الضرائب ، ومتطلبات الأنفاق الزائف ، والانحرافات فى مجال العمل كالإختلاسات وغيرها ،

أنظر: الفصل الخامس عن الجريمة والجناح من كتاب ميشيل أرجايل ١٩٧٨ علم النفس والمشكلات الاجتماعية، ترجمة عبد السر ابراهيم ، الكويت : دار القلم ، ١٩٧٨ (الطبقة الثانية) .

٩ - أنظر ميشيل أرجابل ، المرجع السابق الفصل السادس. الصحة النفسية والإضطراب العقلى .

١٠- أنظر :

*Abdul Sattar Ibrahim (1979) Extroversion and neuroticism across cultures. **Psycholocal Reports**, 44, 709-803.*

١١- أنظر:

محمد أحمد غالى (١٩٧٥) دراسة مقارنة لبعض أبعاد الشخصية بأستعمال مقياس أيزنك فى البيئة الكويتية، الكويت.

١٢-عزت حجازى(١٩٧٨)الشباب العربى والمشكلات التى يواجهها الكويت، عالم المعرفة.

١٣- كاشدان ، علم نفس الشواذ ، مرجع سبق ذكره.

١٤- لمن يود أن يستبصر بتأثير أساليب تنشئة الأطفال على سلوكهم عندما يتحولون إلى بالغين أنظر :

مصطفى أحمد ابراهيم تركى (١٩٧٤) الرعاية الوالدية وعلاقتها بشخصية الأبناء : دراسة تجريبية على طلبة جامعة الكويت ، القاهرة : دار النهضة العربية .

الفصل الثانى

شىء عن العلاج النفسى عبر العصور

يمكن أن نطلق على الأسلوب العلاجى المتضمن فى هذا الكتاب إسم "العلاج السلوكى" أو " تعديل السلوك" وهو منهج يعتمد فى تناوله للسلوك المضطرب على أساس نظرية التعلم. والمسلمة الرئيسية التى نعتنقها وفق هذا التصور هى أن الإنسان يتعلم من خلال تفاعلاته وخبراته بالعالم وتفاعلات العالم والآخرين به وإستجاباتهم له ، كما يتعلم شتى جوانب السلوك بما فيها أمراضه وطريقته الشاذة فى إستجابته للبيئة . ويتم ذلك تدريجيا ومبكرا فى حياة الإنسان إلى أن يتحول شذوذه وأمراضه السلوكية إلى عادة وأسلوب حياة. ونطلق على هذا الشذوذ فيما بعد ، وبعد أن يتحول إلى عادة راسخة - المصطلحات المختلفة للإضطرابات النفسية والعقلية بتجسيد أعراض هذا الشذوذ وإتجاهاته. فإذا كانت عادة الإنسان أن يواجه مواقف الحياة بطريقة شاذة ومبالغ فيها إنفعاليا ، قلنا أنه يعانى من الخوف أو القلق. أما إذا كانت عادته أن يواجه مواقف الحياه بصورة غير المكترث أو الحزين المتشائم الذى يتوقع دائما الضرر .. وصفنا شذوذه هذا بالإكتئاب . ونصف سلوكا شاذا آخر بالفصام ، إذا تميز صاحبه بالإستجابة الغريبة التى تشوه من الواقع وتدركه على نحو غير مألوف وغير واقعى ... وهكذا.

ونحن نسلم أيضا بأن ما نتعلمه يمكن أن لانتعلمه ، أو أن نتعلم

أساليب أفضل منه . صحيح أن الوراثة والعوامل البيولوجية قد تتدخل أحيانا فى سلوك البشر وتوجهه لغايات غير مرغوبة . لكننا نعتقد أن وجود الوراثة أو العوامل البيولوجية لا يعنى بأن العلاج أو تعديل السلوك شىء مستحيل .. فتحت نفس الأستعدادات الوراثية يمكن لشخص أن ينمى جوانب من السلوك المرغوبة ، ويمكن لشخص آخر أن يتجه لغايات سيئة . وهدف العلاج السلوكى هو أن يوجه السلوك - بغض النظر عن مسببات وراثية ، أو إجتماعية - إلى وجهات مقبولة ومرغوبة وتحقق للفرد ولمن حوله بعض السعادة فى ظروف أصبح من العسير على الناس أن يسعدوا أنفسهم أو أن يتسامحوا مع سعادة الآخرين .

وسنجد أن كل الأساليب التى سنتعرض لها تقريبا تتجه نحو إزالة الأعراض المرضية * والقضاء عليها .. تلك الأعراض التى ننظر إليها بصفة عامة - كما أشرنا توا - على أنها نوع من السلوك غير المتوافق الذى يمكن ملاحظته وبالتالى يمكن ضبطه .. أو إستبداله .. أو توجيهه وجهات بناءة . بعبارة أخرى فإن مناهج العلاج السلوكى الحديث تؤمن بأن العرض المرضى الذى يشكو منه المريض هو الجدير بالعلاج وليس ما وراءه اضطرابات ، إن كانت وراءه إضطرابات أخرى .

---

* إذا ما إعتاد الإنسان على مواجهة مواقف مختلفة بطريقة مبالغ فيها إنفعاليا قلنا بأنه يعانى من مخاوف وقلق ، أما إذا إعتاد الإنسان على مواجهة نفس المواقف بصورة غير المكتوب ، أو الحزين دائما وصفناه بالإكتئاب . ونقول عنه بأنه "فصامى" إذا ما كانت إستجاباته لتلك المواقف مشوهة وغير واقعية .

ونجد من الواجب علينا - لكى تتضح - قيمة هذا التطور فى حركة العلاج النفسى الحديث - أن نكشف عن النظرة التى إعتاد الناس أن ينظروا بها إلى معاناة البشرية من الأمراض النفسية والعقلية على مر التاريخ .

فلم تكن مشكلة معاناة البشرية من تلك الإضطرابات مسألة هينة .. فلقد شغلت الناس منذ القدم ، كما لاتزال تشغلنا الآن .. وحاولوا أن يفسروها كما نحاول الآن. وجاهدوا لعلاجها كما نجاهد الآن .. ووضعوا تصنيفات وأنواعاً لها ، تماما كما يحاول الأطباء النفسيون الآن .. ولكن الفرق الوحيد بيننا وبينهم يبدو فى الكيفية التى تناولوا بها هذه الإضطرابات ، والكيفية التى حاولوا بها إخضاعها للعلاج والضبط .. ولا شك أن سياحة بسيطة فى تاريخ العلاج النفسى ستمنحنا بصيرة محمودة بما نحن عليه الآن ، وبما يجب أن تتجه له خطواتنا التالية .. وفى المستقبل .

نظرة الإنسان القديمة للأمراض النفسية :

لقد كان الأعتقاد الشائع فى العصور القديمة أن المرض النفسى أو السلوك المضطرب والشاذ نتاج لعوامل غامضة قادرة على أن تؤثر فى الإنسان تأثيرا ملحوظا . وقد تفاوتت أسماء هذه العوامل من فترة إلى أخرى بحسب بعض الأرتباطات الخاصة بالتطور البيئى .. ولكن مهما أختلفت المسميات فإنها أتفقت بشكل عام على وجود أرواح أو شياطين لها القدرة على أن تلج الجسم البشرى وتسيطر عليه على نحو ما . فإذا كانت

تلك الأرواح خيرة فإنها توجه تصرفات الإنسان وجهات إيجابية ، أما أن كانت خبيثة فهي توجهه نفسيا وجسميا وجهات سلبية فيتكون المرض الجسمي والنفسي(١)*.

وهناك ما يثبت أن الإنسان القديم لم يكتف بالأيمان بالأرواح الخبيثة .. بل حاول أن يفعل شيئا لإستعبادها والسيطرة عليها .

أما ظهور الحضارة المصرية الفرعونية القديمة فلا يبدو أنه أتى بتغير جوهري في الربط ما بين المرض النفسي والأرواح الخبيثة . فإذا عدنا إلى التعاويذ التي بقيت منذ أيام الفراعنة لوجدنا أحداها ، فيما يلاحظ الدكتور عبد المحسن صالح(٢) . تطلب من الآلهه صراحة التدخل لطرد الأرواح الشريرة ، وتبدأ أحداها هكذا " السلام عليك يا حورس.. يا أيها الموجود في بلاد المئات ، ياحاد القرنين يا بالغ الهدف ، إني قصدتك لأمدح جمالك ، إلا فلتقض على الشيطان الذي يتلبس جسدي. "

ولم يكن الأغريق القدامى أحسن حظا في تصورهم للأمراض النفسية وعلاجها.. فقد تبنوا أفكار مماثلة عن السحر .. ولو أنها كانت أكثر تطرفا .. إذ كان الموت جزاء من تحل به تلك الأرواح . ولاشك أن ما يحمله لنا التاريخ من معاملات شاذة كان يلقاها المرضى النفسيون كالسجن والحرق ، والعقاب الوحشي كان من بين المآسي التي تركتها لنا هذه الآراء الخاطئة ، والتفكيرات الخرافية القديمة .

---

* الأرقام بين الأقواس تشير إلى أرقام المراجع في نهاية كل فصل .

قد يقال أن هذه مرحلة ولت وأنتهت. وهذا صحيح جزئيا .. فلم يعد المريض النفسى منذ حركات الإصلاح الإجتماعى يلقى بالسلاسل بمعزل عن الآخرين .. ولم يعد يحرق أو يقتل كما كان ، بل إن الدول أصبحت ترصد الآن البلايين من الدولارات كل عام للبحث عن قوانين الصحة العقلية وضبط إضطرابات السلوك البشرى ، ومحاولات البحث عن وسائل تعيد إرتباطهم بالواقع إرتباطا إيجابيا وفعالا. ويتم ذلك بتطور حثيث منذ حركات الإصلاح الإجتماعى فى أواخر القرن الثامن عشر وأوائل القرن التاسع عشر ، وما صحب ذلك من تغير عميق فى إتجاه الناس نحو الأمراض النفسية والعقلية . لكننا نستطيع الحكم – عن يقين – بأن بعض آثار هذا التفكير لاتزال تسود أفكار العامة وكثيرا من أفكار المثقفين فى مجتمعاتنا العربية بشكل خاص وتحت أفكار مثل الطالع ومس الجن وعين الحسود ، والعمل السحرى وغيرها . كما لايزال العامة فى كثير من القرى يواجهون تلك الإضطرابات بوسائل لايبدو أنها تختلف عما كان يشيع منذ ألف وثمانمائة عام أو يزيد . فالتمائم أو الشعائر ، والزار ، وبعض خرافات الطب الشعبى .. كلها وغيرها نماذج تبدو لمن يمعن النظر فيها بعين فاحصة نتاج لاسلوب قديم موغل فى التقدم ولم يعد له مكان إلا فى الأساطير.

من العلاج بالشعوذة إلى العلاج العضوى :

يبدو – مع ذلك – بأن تفكير القدامى وما أنطوى عليه من خرافة قد ساعد بشكل ما على تبلور مرحلة من التطور فى علاج الأمراض النفسية . فإنتباه القدامى للجمجمة والرأس على أنها موطن الشياطين والجن فى حالة

المرضى العقليين كان فيما يبدو موحيا بالأنتقال إلى دراسة تلك الإضطرابات بربطها بالمخ تحت إنتشار الطب العضوى.

ومهما يكن من أمر ، فإن فكرة الشياطين والجن الذى يلج الجسم الإنسانى ويتخلله لينفث فيه الشر والإضطراب لم تعد ترضى ما توصل إليه التفكير البشرى من تطور خلال القرن التاسع عشر. فلقد شهد ذلك القرن نموا فى التفكير الطبيعى أمتد أثره ليشمل ما يشبه الثورة فى تطور الطب العضوى وعلاج الأمراض الجسمية. ولأن الأمراض العقلية آنذاك كانت أيضا من تخصص الأطباء فقد أمتد التطور أيضا ليشمل دراسة الأمراض النفسية والعقلية.

وطبيعى أن يؤدى ذلك التطور إلى تشكل إتجاه علمى قوى فى النظر إلى الإضطرابات النفسية والعقلية. فقد أصبحت هذه الموضوعات وربما لأول مرة فى تاريخ الفكر البشرى موضوعات قابلة للبحث العلمى وليس لإجتهاد المشعوذين ورجال السحر والمنجمين. فانهمك الأطباء فى بحوث عن مسببات تلك الأمراض.. وساد الأتجاه بأن لكل مرض عقلى سببا مثله فى ذلك مثل أى مرض جسمى ، وأنه إذا عرفنا العلة بطريق التجربة والإستقصاء ، فإننا سنصل فى الغالب إلى إستنباط العلاج المناسب بطريقة العقاقير الطبية. وهذا التطور مازلنا نشهد أثاره فيما يسمى بالطب النفسى (السيكياترى) الحديث.

ولكن النظر للمرض النفسى بقوانين المرض الجسمى ، لم يكن ليثير الأحساس بالرضا لدى جميع المختصين. ونعترف بأن كثيرا من الحماس الذى يميز علماء العلاج النفسى والسلوكى الحديث فى إبتكار تصورات ونظرات ذات طابع سيكلوجى لمواجهة التحديات التى لم تكن التطورات الطبية قد إستطاعت أن تواجهها فى خلال قرن من الزمان ، إنما جاء كنتيجة لتزايد عدم الرضا على المنهج الطبى التقليدى الذى ينظر للمرض النفسى نظرته للمرض الجسمى. ففى الأمراض الجسمية دائما ما يكون العرض الجسمى (كارتفاع الحرارة ، والصداع وإرتفاع ضغط الدم .. إلخ)، نتيجة لإختلالات عضوية أو كيمائية فى الجسم هى الجديرة بالعلاج. ولأن الأطباء أحتكروا عمليات العلاج الجسمى والنفسى معا .. فقد أنتقل المفهوم الطبى والجسمى إنتقالا آليا إلى تفسير الإضطرابات النفسية .. فأصبحت الأعراض النفسية من إكتئاب ، وقلق ، وهلاوس ، وعدوان ، ومخاوف، وهواجس ينظر إليها نظرة عضوية على أنها أعراض سطحية تخفى وراءها إضطرابات جسمية تتمثل فى وجود إختلالات كيميائية فى المخ ، أو تلف فى الأنسجة نتيجة لعيوب وراثية أو إختلال فى وظائف الجهاز العصبى أو الغدد وغيرها من عوامل عضوية لايسمح المقام هنا أن نخوض فيها بالتفصيل .

وبالرغم من أن العلاج السلوكى الحديث يتضمن طرقا بيولوجية كالعلاج بالصدمات الكهربائية فى حالات الإكتئاب ، أو جراحات المخ ، أو العقاقير المهدئة فان كثيرا من الدراسات تبين أن فاعلية هذه الاساليب تكون محدودة ، مالم تصحبها أساليب من التوجية والتربية. فالمريض الذى

يشكو من التوتر النفسى بطريقة تعوق تلقائيته فى الحديث أمام الناس على سبيل المثال ، قد يساعده تعاطى بعض العقاقير المهدئة على ضبط هذا التوتر .. لكن ماذا عن قدرته على التعبير عن نفسه؟ أو طرقه فى التفاعل مع الاخرين بطريقة ايجابية؟. هنا لابد من أساليب جديدة تمكنه من أن يتعلم طرقا جديدة من التعبير عن النفس والتفاعل الإجتماعى وان يتخلى عن أساليبه القديمة. وبدون هذا التعلم .. فقد يظل تأثير العقار محدودا أو منعدما .

أضف لهذا أن الإحصاءات الأمريكية تبين أن بلايين الدولارات تصرف كل عام فى العقاقير المهدئة أو المنومة ، وتتفق الإحصاءات الإنجليزية معها فى إحصاء أرقام ضخمة تصل إلى أكثر من ١٠٠ مليون جنيه استرلينى فى العام. ولا توجد لدينا – للأسف – إحصاءات عربية عن مقدار ما يصرف فى إستهلاك الأدوية والعقاقير المهدئة فى الدول العربية .. ولكن لاشك فى أن أموالا طائلة مماثلة تستهلك فى ذلك. وما يمكن إستنتاجه بشكل عام .. هو أن الإضطرابات النفسية بالرغم من هذه المبالغ الطائلة التى تصرف فى العقاقير لم تتضاءل كثيرا فيما يبدو. قد يقال بأن ازدياد إعتماد الناس على هذه العقاقير يكون بسبب إزدياد إنتشار الإضطرابات النفسية ذاتها فى عصرنا الحديث. وسنرى خطأ هذا الأدعاء فيما بعد(أنظر الفصل الأول خاصة فيما يتعلق بانتشار الأمراض النفسية والعقلية) .

كما سنرى أن رحلة الشخص مع ما يتملكه من إضطرابات لم تنته .. بإنتهاء إكتشاف العقاقير والمهدئات.

فضلا عن هذا فإن كثير من جوانب العلاج العضوى كالعلاج بطريق الصدمات الكهربائية قد تؤدى إلى نتائج سيئة تفوق نتائج الأعراض التى نقوم بعلاجها . وسأنتهز هنا هذه الفرصة لأقدم عرضا لبعض نتائج هذا النوع من العلاج لأنه يستخدم بكثرة فى كثير من المجتمعات العربية .

إن العلاج بالصدمات الكهربائية أو التشنجات الكهربائية طريقة دخلت مسرح العلاج فى الثلاثينيات من هذا القرن . وهى تقوم كما سنرى فى الفصل الثانى على لصق قطبين كهربيين فى فودى المريض ثم يمرر تيار كهربائى يتراوح من ٧٠ إلى ١٥٠ فولت خلال المخ . ويستغرق تمرير هذا التيار أجزاء من الثانية أو ثانية على أكثر تقدير . ويحتاج المكتئبون فى الغالب إلى حوالى من ٦ ١٢ : جلسة بينما يحتاج الفصاميون إلى ما يقرب من ٢٥ جلسة . ومن المعتقد أن التشنجات التى تصيب المريض نتيجة لتمرير هذا التيار تؤدى إلى تغير فى سلوكه .. لكن هناك مايشبه الإجماع على أن العمليات التى يؤثر من خلالها التشنج على السلوك أمر غير معروف . كل ما يعرفه الأخصائيون أن هذا الأسلوب يؤدى إلى التغير من حالات الإكتئاب لدى الفصاميين والمكتئبين على السواء . أما كيف يتم ذلك فهذا غير معروف .

وإستخدام الصدمات الكهربائية فى العلاج النفسى يتم تبريره فى مستشفياتنا العقلية على أنها سريعة وسهلة الإستخدام وتوفر وقت الأطباء النفسيين. ولكن هذه الحجج تخفى حقائق كريهة ، ومأساوية من حيث الآثار الدائمة على السلوك والشخصية الإنسانية بعد هذا . علما بأن نسبة الوفاة

من الصدمات الكهربائية تصل إلى واحد فى كل ألف مريض منهم ٥٪ ينتج سبب موتهم مباشرة نتيجة لتلف أنسجة المخ وصدماته (٣) Brain damage وتدل دراسات علماء الأعصاب التى تجرى منذ الأربعينات على أن تأثير الجلسات الكهربائية على أنسجة المخ أمر مؤكد .

ففى لقاء حديث سنه ١٩٧٨ مع الطبيب النفسى "كارل بريبرام" رئيس معهد النفسى العصبى neuropsychology بجامعة ستانفورد بكاليفورنيا يقول " إننى أفضل إجراء جراحة فى المخ عن تطبيق سلسلة من الجلسات الكهربائية .. فأنا أعرف ما تتحول إليه خلايا المخ الرقيقة بعد سلسلة من الجلسات الكهربائية. إنها تبدو بمنظر لا يبعث الرضا على الاطلاق. "

أضف إلى هذا ، التأثيرات الأخرى التى تتركها الجلسات الكهربائية على المريض كالصداع الحاد ، وفقدان الشهية ، والمخاوف ومن أكثر هذه التأثيرات سوءاً، التأثير على الذاكرة الإنسانية. فقد كشف جانيس Janis(٣) فى دراسة عن آثار الجلسات الكهربائية بأن " جميع المرضى الذين عولجوا بطريق الصدمة ظهرت عليهم عوارض تدهور الذاكرة لما يقرب من أربعة أسابيع بعد توقف الجلسات . " ويضاف إلى هذا أن عددا من الأشخاص يتحول إلى نفس الحالة بعد فترة من الزمن ، كما سنرى فيما بعد. غير أننا لازلنا نلاحظ مع هذا أن النظرة العضوية للأمراض النفسية والعقلية لم تختف تماما عن الأنظار. فما يزال كثير من الأطباء النفسيين ، وما تزال جمعية الطب النفسى الأمريكية تصرف ملايين الدولارات كل عام

لكى تؤكد بأن الإختلالات العقلية هى عضوية فى طبيعتها إلى حد كبير وأن دراساتنا يجب أن تتجه للبحث عما يرتبط بالأمراض النفسية من عوامل وراثية وبيوكيميائية. ومع هذا فإن الكثيرين تحولوا للبحث عن طريق آخر غير الطريق العضوى لتفسير السلوك الشاذ وهو الطريق النفسى أو البحث عن عوامل نفسية داخلية.

من العلاج العضوى إلى التحليل النفسى :

والحقيقة أن التراجع عن التفسير الطبى والبحث عن تفسير نفسى بدأ فى مستهل القرن العشرين على يد طبيب أصبح اليوم أسمه على كل لسان ألا وهو **سيجمند فرويد** ، الذى أفترض بأن الإضطرابات النفسية يمكن أن ترد إلى وجود صراعات داخلية لاشعورية ، وقوة تعمل بداخل الشخصية الإنسانية قوى يتصارع بعضها مع البعض الآخر. ويؤدى تصارعها إلى تكون الأعراض المرضية. وبهذا المعنى أمكن لفرويد أن ينقل محور الأهتمام بالإضطراب النفسى من وجود خلل عضوى إلى وجود صراع قائم فى النفس .. ومن العلاج العضوى إلى التحليل النفسى كما سترى فى الفصل الثانى.

وبالرغم من أن فرويد يعد فى تاريخ العلاج النفسى من أوائل من تحدوا وجهة النظر العضوية فى تفسير المرض العقلى ، فإن آثار تخصصه الأصلى قد جعلته ينقل للمرض النفسى تصورا يختلف فى المضمون ولكنه

يتفق فى المنهج. فكما أن الأطباء النفسيين عالجوا المرضى العقليين بطريق علاج انواع الخلل العضوى فى المخ أو الجهاز العصبى ، كان فرويد يعالج الأمراض النفسية بطريق علاج ما يكمن خلفها من أنواع الخلل الصادر عن وجود غرائز متأصلة فينا بيولوجيا .؟ وقد أثار فرويد - فيما يبدو- الذعر لدى الكثيرين عندما قال بأن الغرائز الجنسية هى المصدر الأساسى للدوافع المسببة لمعظم السلوك الإنسانى. وبهذا فإن الأعراض المرضية ماهى إلا علاقات سطحية لإضطرابات وصراعات أعمق فى داخل الشخصية. ولاشك أن هذا التصور يذكر القارىء بشكل ما بنظرة الأطباء للاعراض الجسمية على أنها دلائل على إضطرابات وأمراض كامنة .

ولقد وجهت إنتقادات حادة للتحليل النفسى الفرويدى ، ولكل النظريات الحديثة المشتقة منه(٤)، ويستحيل علينا فى هذا الحيز أن نستعرض كل الإنتقادات التى وجهت للتحليل النفسى طوال ما يقرب من نصف قرن. إذ لاشك أن مثل هذا العمل لو كان يجب القيام به بأمانة وبدقة لتطلب مجلدا يزيد فى ضخامته عن كتابنا هذا . لكن يهمنا هنا عرض ما يناسب من هذه الإنتقادات لموضوعنا عن العلاج النفسى.

فمن ناحية يأخذ الناقدون على فرويد أن كثيرا من مفاهيمه التى أبتكرها لوصف وتفسير الأمراض النفسية كانت عامة وفضفاضة ، ويصعب تحديدها تحديدا دقيقا . ولهذا يصبح من الصعب جدا إختبار كثير من الفروض التحليلية إختبارا موضوعيا وتجريبيا ، لأنها بنيت على أدلة قصصية وبطريقة أدبية يصعب على العلماء تقبلها .

ومن ناحية أخرى تلائم موضوعنا فيما يتعلق بفكرة الغرائز هذه التى

كان يعتبرها فرويد مصدر الطاقة للسلوك المرضى. فلقد أدت هذه الفكرة إلى تعقيد مشكلة التشخيص تعقيدا ضخما ، فقد تضاءل معنى الأعراض ، وأصبح على الإنسان أن يتجاوزها سعيا وراء الصراعات الداخلية. مما يجرد المشكلة النفسية أيضا من أساسها النفسى ويجعلها رهينة بوجود قوى من العسير التحكم فيها أو ضبطها كما نصبو. لقد أصبح لدينا - فيما يرى أيزنك - "بدلا من الشياطين والعفاريت ، مركبات أوديب واليكترا. "

وقد أستطاعت نظرية التعليم الحديثة أن تقدم تفسيرات بديلة للأمراض النفسية كما أصبح بالامكان أن نقوم بشيىء حيالها من حيث العلاج لاعن طريق سنين طويلة من التحليل النفسى والتداعى الحر ولكن عن طريق إعادة تعلم جوانب من السلوك التكيفى بوسائل بسيطة من العلاج السلوكى.

من الفرويدية إلى السلوكية :

من الميسور أن ترد بدايات التصور السلوكى للعقد الأول من هذا القرن . ففى نفس الفترة التى شهدت "سيجمند فرويد" برز" ايفان بافلوف" فى روسيا بدراساته عن الفعل المنعكس،تلك التى اكسبته تقديرا واسعا لقاء نظرياته فيه ، فمنح جائزة نوبل بجدارة. وعلى الرغم من أن تأثير " بافلوف"على علم النفس لم يتبلور بصورة مبكرة كفرويد ، فإن الظروف شاءت أن تجعل منه مؤسس الوجهة السلوكية فى علم النفس عندما

أستطاع " واطسون" أن يطبق بمهارة نظريات بافلوف فى الفعل المنعكس لوصف إكتساب الأمراض النفسية وإزالتها . وفى فترة قريبة برز أيضا " سكيز" الذى أستطاع أيضا أن يرسخ مناهج سلوكية متطورة عن تعديل السلوك سنفرد لها لأهميتها أحد فصول هذا الكتاب.

إستطاع بافلوف – على أية حال – أن يثبت أنه من الممكن أن يعلم حيوانا ما أن يسيل لعابه بمجرد سماعه لصوت جرس أو رؤيته لضوء معين. وتجاربه فى هذا الميدان مبتكرة .. ولو أنه لم يكتب لها فيما أشرنا أن تؤثر فى النظرة للأمراض النفسية إلا فى فترة قريبة عندما أبدى" واطسون" أهتمامه بتجارب بافلوف بأن أستطاع أن يخلق مرضا نفسيا (وهو الخوف المرضى) لدى أحد الأطفال (ألبرت)بطريقة تجريبية فى داخل المختبر.

لقد كان " ألبرت " فى عامه الأول عندما قام واطسون * بتعريضه لفأر أبيض عدداً من المرات ..... وفى كل مرة يقرع صوتا عاليا مفزعاً عندما يظهر الفأر . لقد كان هدف " واطسون " أن يبين أن المخاوف يمكن أن نتعلمها نتيجة للربط بين ظهور المنبه الأصلى (الفأر الأبيض)والمنبه الشرطى (الصوت المفزع) ، تماما كما كان " بافلوف" يعلم حيواناته أن تستجيب بإفراز اللعاب نتيجة للربط بين المنبه الأصلى

*أجرى واطسون دراسته تلك مع تلميذته Rayner التى أصبحت زوجته فيما بعد . ومن الغريب أن واطسون قد فصل من الجامعة بعد أن نشر دراسته بقليل .. وأستطاع توظيف قدراته الخلاقة فى ميدان الدعاية والإعلام ليصبح مليونيرا وليخسره علم النفس وتكسبه الدعاية .

(الطعام) والمنبه الشرطى (صوت الجرس) . وقد نجح واطسون فى إثبات ذلك بالفعل إذ تحول مشهد الفأر المحايد إلى مصدر لفزع " ألبرت " الصغير بعد سبع مرات من تعريضه للفأر مقروناً بهذا الصوت المفزع. لقد كان ألبرت يصرخ طالبا النجدة عندما كان يشهد الفأر ، وأخذت مخاوفه تتعمم نحو كل الأشكال الفرائية والمشابهة للفئران كالأرانب ، والكلاب .. إلخ .

وهكذا أمكن بظهور هذا التصور النظر إلى كافة الأمراض النفسية على أنها إستجابات وعادات شاذة تكتسب بفعل خبرات خاطئة . ولم يعد المعالجون السلوكيون ينظرون للإضطراب النفسى على أنه نتاج لغرائز أو صراعات داخلية، بل إنه سلوك نكتسبه من البيئة بفعل سلسة من الأرتباطات التعسه بين منبهاتها المختلفة. أو كما يوضح ايزنك (٥) :

"ترى نظرية العلاج السلوكى بأنه لاتوجد أمراض وراء الأعراض الظاهرة .. فالأعراض هى المرض . فجوانب القلق التى تتملك الناس ، وحالات الإكتئاب والوساوس القهرية وكل الإنفعالات، والمسالك العصابية لاتزيد – وفق هذه النظرية عن كونها إستجابة شرطية إنفعالية ، أو ردود فعل لتلك الأستجابات المشروطة "... فإذا كان كذلك فان الأعراض هى المرض ، وليست أعراضا " تخفى وراءها أى شئ .. ويكون العلاج فعالا إن إستطعنا التخلص من تلك الأعراض ، فإن أنت تخلصت من العرض تخلصت من المرض"(٥) .

وقد قام كثير من المعالجين النفسيين السلوكيين بتشكيل نظرياتهم

على نسق نظرية واطسون .. هكذا على الأقل فعل " وليى" و"سكينر" و"ولازاروس" و"أليس" فى تحليل السلوك الشاذ وعلاجه . صحيح أنهم جميعا تقريبا ينظرون الآن إلى تجربة واطسون المبكرة على أنها تعتبر نظرية شديدة التبسيط والآلية .. إلا أن منهاجهم الفكرى يتشابه فى أنهم جميعا تقريبا :

١- ينظرون للمرض النفسى بصفته سلوكا شاذا ، ومكتسبا ويكتسب بفعل عمليات خاطئة من التعليم. ويستخدمون لذلك البحوث التجريبية للكشف عن فاعلية متغيرات معينة فى أحداث الإضطراب تماما كما فعل "واطسون."

٢- ينظرون للإعراض المرضية على أنها هى الهدف الذى يجب أن يتجه إليه العلاج وأن إزالة الأعراض تؤدى إلى التخلص من المرض النفسى والاضطراب. وليس كما يعتقد المحللون النفسيون أن الأعراض ماهى الا مظاهر سطحية تخفى اضطرابات أعمق فى الشخصية هى التى يجب أن يتجه لها العلاج.

٣- لايبذلون مجهودا كبيرا فى البحث عن تفسيرات للسلوك فى إطار صراعات الطفولة أو الغريزة أو الوراثة . فمن رأيهم أن التفسير أمر يختلف عن العلاج .. وأن وجود وراثة أو غريزة أو أى شيء من هذا القبيل لايجب أن يؤثر بأى حال فى مجهوداتنا للتعديل من أنماط السلوك الشاذ .

٤- من الأساسى بالنسبة للمعالجين السلوكيين البدء فى التحديد الدقيق والنوعى للسلوك الذى نرغب فى تعديله أو علاجه . والإجراءات التى يستخدمها المعالج السلوكى لذلك تختلف فى أهدافها عما يقوم به المحلل النفسى بطريقة فرويد مثلا . لأن المعالج يبدى إهتماما مباشرا بالظروف المحيطة بتكوين السلوك المريض (الذى أدى لطلب العلاج) ، بينما يتجه اهتمام المحلل النفسى إلى تاريخ المريض .. هكذا مجردا ودون إهتمام بأنماط التفاعل بين الفرد والبيئة التى أحاطت ببداية تولد الأعراض المرضية كما يفعل المعالج السلوكى .

٥- لايقف دور المعالجين السلوكيين عند مجرد إكتشاف الإضطراب وتحديده ، ومقداره (أى التشخيص) ، بل يساعدون المريض على التحديد الدقيق لأنماط السلوك السوى والجيد الذى يجب أن يتجه له الأهتمام بدلا من السلوك المريض ، كما يساعدوه فى وضع الخطة العلاجية وتنفيذها فى إتجاه التخلص من الإضطراب بأساليب متعددة ، ومثل هذا التفكير يختلف عن المنهج الفرويدى الذى يرى بأن دور المعالج هو تشجيع المريض على الأستبصار بمشكلاته وصراعاته . وأن الأستبصار يؤدى إلى التغير التلقائى والعلاج.

وبالرغم من أننا نعتبر فصول هذا الكتاب نماذج للتفكير السلوكى وأساليبه فى العلاج ، فإننا حاولنا أن نعكس بعض التطورات النظرية

المختلفة فى هذا الموضوع التى قد تختلف عن المنهج التقليدى فى العلاج السلوكى كما يستمد نظرياته من " بافلوف" و"سكينر" ، ولو أننا نتفق بالطبع مع الفلسفة العامة لهذا المنهج القائم على ضرورة إحترام المنهج العلمى والبحث التجريبى، والذى يرى أن العلاج الناجح الفعال يجب أن ينحو نحوا مباشرا بالتركيز المباشر على تعديل السلوك المرضى دون سعى وراء صراعات أو عقد داخلية.

من العلاج السلوكى الأحادى البعد إلى العلاج المتعدد الأوجه :

بالرغم مما هو مسلم به بين علماء النفس والعلاج من أن نظرية التحليل النفسى ، لم تعد بعد نظرية جيدة يعتد بها(٦) فإن ، من الغريب أن نلاحظ أن بعض الناس وبعض العلماء الذين يشهد لهم فى علم النفس بالجدارة والأعتبار لازالو يأخذونها مأخذ الجد. وقد يطرح علينا هذا سؤالا علينا أن نواجهه هنا وهو لماذا لاتزال نظرية التحليل النفسى ذات مكانة مرموقة بين كثير من المعالجين ؟ قد تتعدد إجابات هذا السؤال.. لكن هناك حقيقة توحى لنا بها دراسة تاريخ التفكير العلمى.. وهى أن من الضرورى لكى يتم التطور من نسق قديم أوخاطىء من التفكير أن يتواجد على مسرح الحياة نسق بديل يثبت فائدة أكثر. فقد ظل التفسير الشيطانى للمرض العقلى مسيطرا على الأذهان إلى أن أستطاع الأطباء أن يقدموا إجابة بالرغم من قصورها فقد كانت مقنعة وبداية لتفسير هذه الأمراض وعلاجها، وظل النمط الطبى بعد ذلك مسيطرا على تفسير السلوك الإنسانى إلى أن

أماط فرويد اللثام عن حقيقة بسيطة وهى أن قوانين "النفس" تختلف عن قوانين ماهو "عضوى"، ونجح فرويد أن يستبدل التصور الطبى بتصوراته الجديدة ، مما كان له بعض الفائدة فى توجيه الأنظار إلى أن ما يحدد تصرفات الإنسان عوامل معقدة متشابكة يمكن التثبت منها فى عالم آخر غير الأعضاء ووظائفها . لكننا رأينا بعد ذلك أن فرويد ترك الباب مفتوحا لكثير من الشكوك حول المكانة العلمية لنظريته بسبب عزوفه عن التقاليد العلمية من ناحية ، وتجاهله لدور التعلم والخبرة فى تحديد سلوك الإنسان. لقد جعل الإنسان مغلولا فى صراعاته ومتورطا فى غرائزه بطريقة جعلت من قدرتنا على التنبؤ "هدف العلم المقدس" بالسلوك البشرى ومساره فى موقف لايتلائم مع جوانب التقدم العلمى فى الفروع الأخرى. ولم تنجح النظرية السلوكية – للأسف – بالرغم من أنها ظهرت تقريبا فى الفترة التى ظهر فيها فرويد *، لم تنجح فى أن تشد اليها الأهتمام كنظرية التحليل النفسى.

لقد قدمت السلوكية البدائل الملائمة للتطور بالتفكير العلمى : قدمت البحث التجريبى بديلا عن أساطير فرويد ، وقدمت أيضا التعلم والخبرة بديلا عن القوى الداخلية العمياء التى تعمل بداخل الإنسان وتسيره فلا يملك لها ردا . قدمت ما كان يكفى بالإنتقال والتطور إلى مرحلة أخرى من العلاج النفسى. ولكن من المؤسف أن هذا لم يحدث بالسرعة التى نتمناها .

---

* لقد شهد العقد الأول من القرن العشرين سيجمند فرويد وايفان بافلوف معا وكان كلاهما على درجة ملحوظة من الشهرة .

فلا يزال للفرويدية مؤيدوها ولايزال لها شيعتها المتزمتون.

أما لماذا لاتزال الفرويدية تشيع بهذه القوة بالرغم من وجود البدائل

فإن الأجابة تكمن فى النظرية السلوكية ذاتها فيما نتصور.. فالسلوكية فى شكلها الأول التقليدى كانت ترى أنه يكفى دراسة أنواع السلوك السطحية التى تقبل الملاحظة - وأن هذا هو أكثر ما نحتاج له لفهم الإختلالات النفسية وعلاجها . وإنطلاقا من هذا كان المعالج السلوكى بدءا "ببافلوف" وحتى "سكينر" يضع كل ماليس بظاهر فى موضع هامشى . حتى أن سكينر يحذر مراراً وتكراراً علماء النفس السلوكى من الوقوع فى فخ مفاهيم حاربتها فى نظره المدرسة السلوكية منذ نشأتها " : عندما أقول بأن السلوك نتاج للبيئة .. فإننى أعنى بالبيئة أى حادثة أو منبه فى العالم له القدرة على التأثير فى الكائن. صحيح أن جزءا من العالم موجود فى داخل الكائن .. لكن هذا جزء ضئيل الأهمية .. ويستدل عليه من خلال الأستنتاج العقلى والتقارير اللفظية .. لذا يجب أن تكون فى منتهى الحذر والدقة فى معالجته .. لأن الباحث فى تلك الحوادث الداخلية يبعد نفسه – ولو خطوة صغيرة – عن السلوك الظاهر والوقائع الفعلية" (٧) .

وفى إعتقادنا أن السلوكية بهذا الشكل قد سلبت الإنسان كثيرا من العوامل التى كان يمكن أن تكون ذات قيمة فى فهمه وعلاجه .. مما جعل احد المعالجين النفسيين يرى أنه من الصحيح أن العلاج السلوكى قد يكون هو العلاج المفضل بالنسبة للإضطرابات المتعلقة بالمخاوف المرضية .. والإضطرابات التى لها مصدر خارجى يمكن ملاحظته والتحكم فيه، لكنه

يعتبر طريقة غير مناسبة فى العلاج لحالات الإكتئاب والقلق الوجودى والميول الأنتحارية والأغتراب وغير ذلك من إضطرابات تكون مصادرها غير ملحوظة فى العالم الخارجى.

والحقيقة أن هذا ما يرفضه العلاج السلوكى الحديث فى ظل التطورات الراهنة التى يتوجه نشاط المعالجون فيها نحو الأبعاد المتعددة للمرض العقلى.

ومن ثم جاء الكتاب الحالى يؤكد من خلال فصوله بأنه توجد إمكانيات متعددة لتغيير السلوك. بعبارة أخرى نرى أن الإضطراب النفسى نتاج لعناصر بعضها فى البيئة الخارجية وبعضها فى عالم القيم والتفكير والوجدان .. أى العوامل الذاتية.

وبالتالى فإن علاج فرد يشكو من مشكلة معينة كالإكتئاب أو العجز عن ضبط النزعات العدوانية .. أو القلق .. ألخ يمكن أن يتم بأن نعلمه أساليب جديدة من السلوك، كما يمكن أن نعلمه طرق جديدة من التفكير وحل المشكلات، ويمكن أن نساعده على تغيير توقعاته القديمة أو القيم التى يتبناها نحو بعض الأهداف.

بعبارة أخرى فنحن نحاول أن نعكس فى هذا الكتاب نوعا من التفكير يهتم إهتماما خاصاً بالإضطرابات النفسية بحيث لايجردها من طبيعتها المعقدة. ومحور هذا التصور هو أن الإضطراب النفسى عندما يحدث لايشمل جانبا واحدا من الشخصية انما يشمل أربعة عناصر هى : **السلوك الظاهر** (الأفعال الخارجية)، **والإنفعال** (التغيرات الفسيولوجية)،

والتفكير (طرق التـفكيـر والقـيم) ، **والتفاعل الإجتماعى** (العـلاقـات بالآخرين).

تناول على سبيل المثال شخصا يعانى من القلق الشديد عندما يتقدم لحديث ودى مع رئيسه أو شخصا من الجنس الآخر أو أى شخص على درجة معينة من الاهمية أو الجاذبية له. إن قلقه فى الحقيقة يترجم عن نفسه فى اشكال متعددة ومتصاحبة ، وتحدث جميعا فى وقت واحد : إذ تشتد ضربات قلبه وتزداد سرعة تنفسه (كدلالة على الإنفعال) ويتلجلج فى الكلام ويحمر وجهه (سلوك ظاهرى)

وربما يتكلم مع نفسه بصوت غير مسموع بأنه إنسان فاشل وعاجز ومهمل (قيمة سلبية نحو الذات أو تفكير غير عقلانى) ، كما يجد نفسه عاجزا عن أن يجد موضوعات مناسبه للحديث لتخرجه من ورطته (كدلالة على ضعف المهارة فى التفاعل الإجتماعى).

ولأن الإضطراب يشمل كل هذه الوظائف ، فإن العلاج الناجح يجب أيضا أن يتجه إلى التغيير ، وبشتى الوسائل من مصاحبات الإضطراب فى كل تلك الوظائف والجوانب. فمن الممكن أن نعلم المريض فى المثال السابق أساليب جديدة لضبط إنفعاله (من خلال الأسترخاء العضلى مثلا) ، كما يمكن أن نعلمه أساليب جديدة من السلوك، أو أن نزيد من إمكانيات اساليبه السلوكية القديمة فى هذا الموقف (تعديل السلوك)، كما يمكن أن نعلمه بأن لايفكر فى نفسه تفكيرا سلبيا وأن لايضفى على هذا الشخص - الرئيس أو الفتاة - قيمة إيجابية أكثر مما يجب (تعديل فى طرق التفكير

والقـيم) . ويمكن أيضـا أن نعلمـه طرقـا جـديدة فى تبـادل الأحـاديث مع الآخـرين ،وإخـتـلاق مـوضـوعـات مـلائمـة بمهـارة (تعـديل طرق التـفـاعل الإجتماعى).

وبالرغم أن من الصـعب على مـعـالج واحـد أن يتـقن مـهـارات تعـديل السلوك البشرى فى الجوانب الأربعة السابقة معا ، فإن المستقبل قد يشهد تخصصات أدق بين المعالجين النفسيين. فنجد فريقا يولى إهتمامه ونشاطه لتعديل السلوك ، وفريقا آخر لتعديل التفكير ، وطائفة ثالثة لتعديل المهارات الإجتماعية ، وطائفة رابعة لتعديل الإضطرابات الإنفعالية. ويبدو أن هذا ما بدأ يتـبلور فى الوقت الراهن فى الولايات المتحدة ، وفى غيرها من البلدان التى تشهد تقدما فى نمو أساليب العلاج السلوكى.

وبعد ، فسنفـصل فى الفصول القادمة فى بعض أبعاد هذا المنهج .. غـيـر أننا نود هنا أن نشـيـر إلى أن فـصـول الجـزء الثـانى من هذا الكتـاب الخاص بأساليب ومناهج العلاج جاءت لتغطى جوانب التقدم باعطاء نماذج من أساليب علاج الجوانب الأربعة السابقة .

مراجــــع وتعليـــقات

١- للمزيد من التفسيرات القديمة للمرض النفسى أنظر:

أ- شلدون كـاشــدان (١٩٧٧): *علم نفس الشـواذ*، ترجمة أحمد عبد العزيز سلامة ومراجعة محمد عثمان نجاتى ، الكويت : دار القلم. خاصة الفصل الثانى وموضوعه نماذج للسلوك الشاذ :

B- Roubbins, R.H.(1959) *The encyclopeadia of Witchcraft and demonolgy*. New York: Crown publishers.

C- Millon,T.& Millon,R.(1974) *Abonormal behavior* and personality. Philadelphia: Saunders Company.

٢- أنظر : عبد المحسن صالح ، الإنسان الحائر بين العلم والخرافة ، الكويت عالم المعرفة ، مارس ، ١٩٧٩ .

فى هذا الكتاب الشيق يركز المؤلف على نماذج من الموضوعات التى تفسر بطريقة خرافية بالرغم من أنه يمكن تناولها تناولا علميا . أنظر بشكل خاص الفصل الثالث الذى يفرده المؤلف للعلاج الخرافى فى بعض الشعوب العربية .

٣- للمزيد عن العلاج بالصدمات الكهربائية وتأثيراتها النفسية أنظر :

Friedberg J.(August, 1978).Electroshock therapy:Let us stop blasting the brain.psychology today.

٤- للمزيد عن نظرية فرويد والأنتقادات الحادة التى تواجهها مدرسة التحليل النفسى أنظر :

أ - هول ليندزى ، *نظريات الشخصية* (١٩٧٨)، ترجمة فرج أحمد فرج وآخرين القاهرة ، الكويت ، دار الشايع ,١٩٧٨

ب- ايزنك(١٩٦٩)، *الحقيقة والوهم فى علم النفس* ، الترجمة العربية القاهرة : دار المعارف ,١٩٦٩

5- Eysenck, H.J *you and neurosis*. Glasgow: William collins,

٦- المرجع السابق.

7-Skinner, B.F (1953):*Science and human behavior*. New York:Macmillion.

الفصل الثالث

لمحة على أساليب العلاج النفسى الحديثة

أ – قررت أخيرا ، وبعد تردد طويل ، أن تذهب للطبيب النفسي وهي في حالة حادة من القلق والخوف ، والإكتئاب المتزايد يوما بعد يوم.

وتبلورت شكواها عند الطبيب في وجود حالة خوف مرضي (فوبيا) من الأماكن المغلقة والضيقة. إذ يصيبها في مثل هذه الأماكن رعب وجزع وتوشك علي الأغماء ، وتهن أعصابها هونا شديدا . وقد أدي خوفها من الأماكن الضيقة إلي الأمتناع نهائيا عن أداء أشياء ضرورية وترفيهية كركوب المواصلات ، والذهاب للاسواق، أو الدخول إلي محلات البيع والشراء.. وإمتنعت حتي عن القيام بالواجبات الحيوية التي تتطلب منها الدخول إلي حمام المنزل.

ب – نعتته زوجته ذات صباح ببعض الألفاظ النابية. وبالرغم من أن مشاعره قد جرحت بشدة إلا أنه خرج إلي عمله دون أن يتلفظ ببنت شفة. وفي العمل فوجيء برئيسه ينتقده بحدة على خطأ أرتكبه واحد من زملائه. ومرة أخرى وقف صامتا دون أن يدافع عن نفسه ومبتلعا الأهانة بحنق مكتوم. وفي نفس اليوم طلب من أحد مرؤسيه الصغار أعداد مذكرة مطلوبة من مدير المصلحة، فرفض الموظف أداء العمل بطريقة لم تخل من عدم الذوق والأستهانة. وللمرة الثانية لم يقم مريضنا بأى إجراء ملائم نحو هذا التصرف. وعندما عاد للمنزل فى نهاية اليوم فوجىء بأن طفله الصغير قد أحدث عطبا في جهاز تسجيله للعب به. هنا أنفجر بالغضب على إبنه ، وعاقبه عقابا لايتلائم مع تفاهة الحادث، غير أنه لم يشعر بالراحه بعد ذلك ، بل تملكته مشاعر بالذنب .. وإصطبغ ذلك باحساس بأنه إنسان تافه وعديم الفاعلية ، وعاجز عن أن يحكم حياته بايجابية ملائمة. ولهذا السبب أنتهز

أول فرصة ملائمة لزيارة معالج نفسي يبثه شكواه ، وطالبا منه النصيحة والشفاء.

جـ - أصابه أثر أتصال جنسي غير مشروع خوف مرضي حاد من بوله. وقد تبلور ذلك فى الخوف من تلويث الآخرين ، وبث العدوى بينهم من خلال ما يتبوله . وتحول هذا الخوف إلى أداء وساوس وطقوس قهريه * إذ أخذ يقضي ما يقرب من خمس وأربعين دقيقة فى تنظيف أعضائه بعد كل مرة يتبول فيها يتلوها ما يقرب من ساعتين يقضيها بعد ذلك فى غسل يده وتنظيفها . فضلا عن هذا فقد تطورت لديه طقوس حوازية أخرى أرتبطت بهذه الأعراض . ففى كل صباح يأخذ حمام يستغرق منه أربع ساعات تقريبا . وقد بث لمعالجه أنه قرر بعد ذلك أن يقضي أغلب وقته في مخدعه إذ أن " اليقظة لاتساوى المتاعب التي يتعرض لها أثناءها بسبب تلك الطقوس. "

د - إصطحبت إبنها الذى يبلغ الثامنة للمعالج موضحة أنه كان يبدي نموا لغويا عاديا إلى أن بدأ يذهب للمدرسة في السادسة من عمره. وعند ئذ تدهورت قدرته على الكلام ، وأصبح الآن كالأخرس تقريبا . وبسبب هذا تأخر نقله من مرحلة دراسية إلى أخرى .. وقد سبب له هذا ولوالديه كثيرا من التعاسة والآلام.

تمثل الحالات الاربع السابقة نماذج لاضطرابات تواجه الناس وتتطلب منهم الاستعانة بالخبراء النفسيين لكى يساعدوهم على تحريرهم من العجز والشفاء الذى تسببه لهم هذه الأعراض ، وتطورها .

---

* أي الإنفعال والطقوس والافكار التى يجد الفرد نفسه مجبرا على تكرارها (أنظر الفصل الاول الذى يعرض لهذه المفاهيم الرئيسية) .

فماذا لو أن كل حالة من هذه الحالات جاءت للطبيب النفسي منذ عشرين عاما أو يزيد؟.

لربما كان الطبيب النفسي (تحت تأثير شيوع **أفكار مدرسة فرويد في التحليل النفسي** أنذاك) سيطلب من مريضه أو مريضته الاستلقاء على أريكة التحليل النفسي ثلاث أو أربع مرات كل اسبوع لمدة تتراوح بين ثلاثة أو خمسة اعوام. وينتهي العلاج فى النهاية ، وبعد تتبع ، أو أستقصاء شامل لكل ظروف الحياة المحيطة بالحالة منذ الطفولة المبكرة.

وربما يكتشف المعالج في النهاية أن هذه الأعراض التى دفعت بالمريض إلى الذهاب للمعالج ليست هي المشكلة الحقيقية بل ترجع أساسا إلى عقدة تمتد بجذورها إلى فترة الطفولة نتيجة علاقة مريضة بأم مستبدة ، أو أب غير مكترث، أو قد يكتشف أن مشكلة المريض في الحقيقة تعود إلى شعور بالنقص بسبب مشكلة أوديبية أي بسبب كراهية لاشعورية قديمة لاب مسيطر ، كان يقمع تعبيره عن مشاعره (أى المريض) محولا اياه إلى انسان جبان وعاجز عن التعبير عن مشاعره عندما يتطلب منه الامر ذلك. ولن يعجز عن أن يكتشف أشياء من هذا القبيل في حالة الشاب الحوازي أو الطفل الاخرس (١).

أما الآن فان هناك أساليب جديدة للعلاج السلوكي يمكن أن تساعد على شفاء كل حالة من الحالات السابقة في فترة أقل ، وبقليل من النفقات ، ودون الاستلقاء على أريكة أو الدخول في ذكريات الطفولة ، واستقصاء اللاشعور.

والحقيقة أن الانتقال من أساليب فرويد الكلاسيكية إلى الأساليب الحديثة في العلاج النفسي يعتبر في نظر الكثيرين من ممارسي العلاج النفسي بمثابة ثورة، عملت على تحرير طاقاته (أي العلاج) من عقم قاتل. يقول معالج نفسي من كاليفورنيا: " أن التحليل النفسي قد مات فعلا ، لم تعد تلك هي المشكلة ، انما المشكلة أن نواجه حياتنا بمفاهيم متحررة وجديدة ومستقلة تماما عن علم قد حوطته الاكفان" . وفي أحسن الاحوال نجد أن المعالجين النفسيين المعتدلين ينظرون إلى التحليل كأداة من أدوات عدة يمكن للمعالج النفسي أن يتسلح بها في مواجهته للمرض.

وتسمى الاساليب الجديدة في العلاج النفسي بأسماء مختلفة منها: العلاج السلوكى ، وعلاج الواقع ، والعلاج المنطقى ، والعلاج التشريطي، وتحقيق الإنسان لذاته ، وتدريب الحساسية. الخ . وبالرغم من أن بعض هذه الاساليب تستخدم بعض طرق التحليل النفسي خاصة لاكتشاف بداية تكون المرض أو الإضطراب الاأنها تختلف جذريا في نقاط أساسية سنتعرض لها بعد أن نعرض للقارىء الاسس التى تقوم عليها النظرية الفرويدية في العلاج ، حتى يزداد استبصارنا بالاساليب الحديثة.

التحليل النفسي باختصار هو المدرسة التى تدين لمنشئها فرويد بكثير من الافكار والنظريات التى طبقت بمهارة في مجالات الحياة المختلفة كالفن والسياسة، والأمراض النفسية وغيرها . ويهمنا من هذه النظرية في هذه المجالات أن نشير باختصار إلى وجهة نظرها فيما يتعلق بالمرض النفسي .ينظر فرويد باختصار إلى **المرض النفسي** على أنه حصيلة لعدد من العقد النفسية التى تكونت في الفترات المبكرة من حياة الإنسان. بعبارة أخرى فان الأعراض النفسية المضطربة ترتبط بذكريات لخبرات جنسية

وصدمية مبكرة – ذكريات وان كانت قد صارت لاشعورية الأأنها لاتزال مع ذلك ذات تأثير فعال في حياة المريض. وتصبح الخبرات الاليمة المبكرة لاشعورية بعد ما يحدث لها من كبت بسبب طابعها الجنسي. ولذلك فالعلاج ينحصر إلى حد كبير في الكشف عن الذكريات اللاشعورية المبكرة ليتمكن المريض من أن يعبر عن الإنفعال الشديد المرتبط بالصدمة. ويتم الكشف عن الذكريات اللاشعورية. من خلال الاستلقاء على أريكة التحليل في عملية تداع حر ، وهو أسلوب يتطلب من المريض أن يتحدث عن كل شيء بذهنه مهما بدا هذا الشيء تافها أو لامنطقيا.

ومن خلاله يتم الكشف عن العمليات اللاشعورية المبكرة الكامنة وراء المرض وبالتالي يتم التوصل للاستبصار بالمرض ثم علاج الأعراض تلقائيا. أي ان المحلل النفسي :

١– لايهتم بالأعراض المريضة التى يذهب بها المريض بل يعتقد أن هذه الأعراض تعبر عن مشكلات أخرى أعمق هى التى يجب أن يتجه اليها العلاج.

٢– يعتقد أن المرض النفسي ـ احياء من خلال الأعراض ـ لذكريات لاشعورية حقيقية في أعماق الذهن.

٣– يؤمن بأن جذور المشكلة لاتمتد للآن ولكن للماضى ..لخبرات الطفولة والعلاقة المبكرة بالوالدين في السنوات الخمس الاولى من العمر.

٤– أما ماذا يحدث في أثناء الطفولة فالامر – فى ضوء نظرية التحليل النفسي – أكثر تعقيدا من أن نلخصه في هذا الفصل. ذلك لان المحللين أنفسهم لم يتفقوا على طبيعة الاحباطات التى يواجهها الشخص في حياته مبكرا ، ولا على طبيعة التفاعلات الشديدة بين الشخص ووالديه. وفي

أحوال كثيرة كان المحللون النفسيون يجنحون نحو تأملات نظرية تختلف من محلل إلى آخر. غير أن المحللين النفسيين استعملوا كثيرا مفاهيم مثل عقدة أوديب ، واختلافاتهم بالنسبة لهذا المفهوم أقل بكثير من اختلافاتهم عن غيرها. وقليل جدا من القراء هم الذين لم يسمعوا أو يقرأوا عن مفهوم عقدة أوديب، والتى تعود في جذورها لأسطورة يونانية استخدمها فرويد لبسط آرائه المختلفة في التحليل النفسي. وبمؤدى هذه العقدة يعتقد فرويد أن كل صغير يمر بفترة يقع خلالها في حب أمه ، والرغبة فيها جنسيا ، غير أنه يقمع ويكبت هذه الرغبة لخوفه من أبيه الذى يصبح منذ الان مصدرا لكراهية الابن وغيرته. وتكون الأعراض العصابية التى يواجهها الشخص فيما بعد مثل المخاوف المرضية، أو الخوف من مصادر السلطة ، أو التعلق بمن هن كبيرات في السن.الخ. تعبيرا لاشعوريا عن تلك العقدة التى حدثت من قبل.

ربما تكون هذه العناصر الرئيسية التى تمثل هيكل نظرية فرويد في الأمراض وعلاجها. وربما قيل دفاعا عن نظرية التحليل النفسي بأن هذا العرض لايوضح كل جوانب النظرية. وهذا صحيح ، لان هناك تفاصيل أخرى شيقة في نظرية التحليل النفسي غير أنها لاتعتبر من الافكار الجوهرية كتلك التي ذكرناها ملخصة. ومن ناحية أخرى فاننا سنحاول تجنب كثير من الافكار النظرية في عرضنا هذا ، الا ما كان منها مستخدما بالفعل في الممارسة العملية المفيدة للعلاج.

وأيا كان الامر، فان فاعلية نظرية التحليل النفسي قد بدأت تضعف فيما أشرنا. وهناك أسباب كثيرة لذلك : منها ان التحليل النفسي يترك

كثيرا من الارواح معلقة في لحظة توازن طويل المدى. لكن الحياة تتحرك بشكل أسرع بكثيرمن هذا التوازن التحليلى. لنفرض أن شخصا جاء يشكو من الضعف الجنسي الذى حوله لشخص مكتئب تنتابه كثير من المخاوف في صورته عن ذاته ، وطلبنا منه ـ بدلا من أن نقدم علاجا فعالا لضعفه الجنسي ـ أن يستلقى على أريكة يقص تاريخه ، ويحكى مشكلاته القديمة والحديثة. فما الذى يجنيه هذا الشخص من هذا ؟. اننا لايمكن أن نتصور أن نكون بهذا الاسلوب دعاه الشفاه الحقيقى له من ضعفه.

وما الذى سيحدث لعلاقته بزوجته طوال هذه الفترة؟ وماذا عن صديقات الزوجة والاخريات اللائي تقابلهن بسبب تعاستها الزوجية؟. وأكثر من هذا فما الذى يحدث بعد جلسات مقدارها ألف ساعة على الاقل من التحليل والاستلقاء على أريكة التداعي الحر؟ انه قد يستمر في ضعفه الجنسي لنفس الاسباب القديمة. وماذا لو اكتشف المعالج أنه يعاني من عقدة أوديبية هي التي تكف رغبته الجنسية في الزوجة (فيراها على أنها رمز للأم) . اننا بعد هذه السنوات الطويلة لانستطيع تغير بناء علاقته بالأم بعد مرور ٣٠ أو ٤٠ عاما . فلم المحاولة ؟ . ان حركة الحياة إذن أسرع من أن يكون مصير الإنسان مرتبطا بمجموعة من الافكار النظرية التي تخالفها في أحيان كثيرة شواهد الواقع.

ويرى آخرون أن التطور والانتقال من آراء فرويد الي الاساليب الحديثة في العلاج يرجع جزئيا إلى اشتعال الحرب العالمية الثانية. فقد وجد المعالجون أنفسهم مرغمين على ابتكار وسائل سريعة، وبسيطة تساعد على اقتصاد الجهد والوقت لحل مشكلات المجندين والمواطنين الذين كانت تلقى

بهم الحرب ومخاوفها في حالات أنهيار عصبي بأعداد متزايدة. فمنذ الحرب العالمية الثانية أصبحت التيارات الحديثة في العلاج النفسي والسلوكي تمثل قوة حقيقية في مواجهة الاساليب الفرويدية التقليدية. وأمكنها بالفعل أن تقدم مساهمات فعالة في علاج الكثير من المشكلات والأمراض التي تغطي مجالات مختلفة من الإضطرابات كحالات القلق، والإكتئاب والشعور بالوحدة، والبرود الجنسى، والعجز الجنسي، والمخاوف المرضية، وغيرها من اضطرابات يلاحظها القارىء كلما تقدم في قراءة فصول هذا الكتاب. وباختصار فقد أصبحت لدينا الآن وسائل علاجية متعددة لمواجهة كثير من الاضطرابات النفسية التي كان يزعم أن الاسلوب الوحيد الذى ينجح فيها هو أسلوب التحليل النفسى، أو إعطاء مجموعة من العقاقير المهدئة.

وربما يوجد أيضا عامل اخر ساعد على تطور حركة العلاج النفسي، إنتقالها الي قنوات جديدة، هو التطور الثقافي والعلمي للمعالجين النفسيين أنفسهم، وتطور نظريات علم النفس الحديث. إذ يبدو أن تطور نظرية التعلم بتركيزها على التفكير العلمي واستخدام المنهج العلمى والدارسة التجريبية قد أدى إلى تراكم بعض الحقائق التي تلائم الواقع. وبهذا وجد المعالجون منطلقا أكثر أمانا يساعدهم على مواجهة المشكلات المرضية وحلها في قليل من الوقت، وبقلة في النفقات، وقلة في الجهد المبذول في عملية العلاج مع الفاعلية في ذلك.

وربما يكون التغير في الثورة الحديثة على تقاليد التعبير الجنسي التى أخذت تجتاح المجتمعات الغربية هو المسؤول عن انحسار تأثير أفكار فرويد. فالتأكيد الفرويدي على اللاشعور الجنسي كحجر الزاوية في الكثير من

المشكلات الإنسانية ، كان مفيدا عند أول ظهوره . وكان موضوعا له إغراؤه وله قيمته في شد الانتباه خاصة اذا قدم ذلك بطريقة فرويد الادبية المثيرة. فقد كان المجتمع البرجوازى الذى عاش فيه فرويد يعمل على قمع كل ما يختص بالثقافة الجنسية أو النقاش العلنى فيها . لقد كان الجنس سراً غامضاً من أسرار المجتمع . وكان لغزاً وزادته ألغازاً عمليات القمع الاخلاقية والإجتماعية . وعلى هذا فاذا كانت تظهر مشكلة في حياة فرد ما ، فقد كان يسهل إرجاعها إلي غملية أخرى ذات استسرار غامض وهي الجنس . فالفرد يشعر بالوحدة ، أو الغضب ، أو الاندفاع ،أو الإكتئاب والسبب غامض - واذن فالسبب مشكلة جنسية عميقة الجذور . وقد جاء " فرويد " في هذا المناخ الإجتماعي يناقش الجنس ومشكلاته بطريقة مباشرة ومثيرة للتحدي . وبهذا أصبح من الطبيعي أن يكون الانجذاب لكتابات فرويد وأفكاره مظهرا من مظاهر التغير والثورية على قيم بالية .

أما الآن فلم تعد أسرار الجنس خافية . ولم تعد نظرة الناس اليه نفس النظرة التي يحوطها الغموض . ولم يعد أثيرا لدى الناس - سواء كانوا معالجين أو طالبين للعلاج - أن يفسروا مشكلات البشر ذات الجذور الغامضة في ضوء لم يعد بعد غامضا .

ما تتميز به الاساليب الحديثة من العلاج

وتختلف الاساليب الحديثة عن التحليل النفسي في أنها تهتم بشكل الأعراض وبصورتها الراهنة وكما يعانى منها الشخص . فالمعالج لايبحث عن الخوف المرضي في ذكريات الطفولة وعالم اللاشعور، ولايعالج الخوف من خلال تصور أن الخوف نتيجة

لمشكلة أعمق. انه يعالج الخوف نفسه كما يشكو منه مريضه . فهو يعتقد أن علاج الخوف سيؤدى بعد ذلك إلى تغيير الشخصية وليس العكس * فالشخص بعد أن يتغلب على مخاوفه سيتسع نطاق الصحة النفسية أمامه، سيكتسب ثقته بنفسه ، وستتغير أفكاره اللامنطقيةعن طبيعة أعراضه .

والاساليب التى يستخدمونها لذلك مباشرة ، وتركز على الشكوى ، أو العرض في اللحظة الراهنة . هذا – **وهنا – والان** : ذلك هو المنطلق الاساسي لنظريات العلاج الحدية . فهى اذن تركز على هذا العرض ، أو الشكوى المباشرة (خوف – اكتئاب – قلق)

كما يحدث (هنا) في هذا الموقف أو ذاك بشكل خاص (خوف من أماكن مغلقة، خوف من أماكن متسعة ، قلق من الجنس الاخر ، قلق امتحانات ، قلق مع الرؤساء..الخ) وكما تحدده النتائج المباشرة للعرض في البيئة (الآن) وليس بالرجوع للشهور والسنوات المبكرة من العمر ** .

---

* هناك دراسات تربو على المئات وتبين أن التخفف من الأعراض المرضية يؤدي إلى مزيد من الثقة بالنفس، والايجابية الإجتماعية ، وقليل من القلق والسلبية . أي أن علاج الأعراض يغير من نمط الشخصية ومن سمات لم تكن موضوعا للعلاج .

** يرى الفرويديون أن هذه الاساليب قد تمثل تهديدا لتطور العلاج النفسي –فتجاهل المشكلة وعلاج الشكوى المباشرة (العرض) شبيه –في تصورهم باعطاء نقاط للتخفيف فقط من التهاب حاد في اللوزتين مثلا . ويتفق المعالج الحديث في بعض الجوانب مع هذا ولا يعارضه . وسنرى فيما بعد أن المعالج يميز بين الشكوى الثانوية والمشكلة الرئيسية ولكن بمفاهيم وتصورات مختلفة عن التحليل النفسي . كما أن المعالج الحديث يهتم بخلفية المشكلة عندما يكون السبب عضويا. فعلاج " التهتهة " أو نقص افراز غدة من الغدد قد يكون ضروريا لتخفيف حدة القلق . أما في الحالات الاخرى كالإكتئاب فان علاج العرض كعرض أمر ضروري .

لنتناول على سبيل المثال حالة السيدة الي تخاف من الاماكن المغلقة التي بدأنا بها هذا الفصل. فقد يستخدم المعالج الحديث بعض أساليب التحليل النفسي لا ليعرف ما وراء العرض، ولكن لكى يكتشف بداية تكون المرض(الفوبيا)

ثم قد يقوم بتشجيع المريضة على مغالبة نواحي ضعفها . ولكنه بجانب هذا قد يعرض المريضة تدريجيا ، لاماكن مغلقة تبدأ أولا بالاماكن التي لاتستثير الاقدرا قليلا من الخوف (كمنازل الاقارب والاصدقاء) ثم الانتقال بها بنفس التدريج الي الأماكن التي تستثير القدر الأكبر من الخوف والجزع. وبالطبع لايتم ذلك مابين يوم أو ليلة ، وانما على مدار فترة العلاج * حتي يرسخ الاطمئنان في المواقف الاقل استثارة للقلق حتى الوصول لاكثرها استثارة له.

ففى حالة هذه السيدة اذن يكون الاهتمام هو الخوف المرضي ذاته وليس ما وراءه من صراعات لاشعورية محبوسة منذ الفترات المبكرة من العمر. ويتجه العلاج مباشرة نحو هذا الخوف وليس علاجه بطريقة غير مباشرة بتغيير الشخصية ككل كما يصر الفرويديون على ذلك.

وتختلف الاسس النظرية التي ينطلق منها المعالجون المعاصرون .. فهي عند البعض تكون نابعة من أفكار نظرية التعلم كما أثرتها عبقرية العالم الروسي الفذ " بافلوف" ، ثم واطسون فيما بعد ، وعند البعض الاخر يكون المنطلق النظري نابعا من نظريات العالم الامريكي المعاصر

---

* تكون فترة العلاج أقل بكثير من فترات العلاج التى يتطلبها التحليل النفسى .. ففى العلاج السلوكى قد يستغرق العلاج ستة أشهر أما عن طريق التحليل النفسى فيستغرق مابين ثلاثة أو خمسة أعوام.

"سكينر". وقد يكون المنطلق من نظريات الشخصية ، أو نظريات التفكير .. ألخ. ومع أن الاسس النظرية فيما يبدو تشكل موضوعا مثيرا للجدل بين المعالجين النفسيين هذه الايام ، فان اهتمامنا في هذا الكتاب غير موجه الافي القليل نحو الاسس النظرية .. قد نتعرض لهذه النظرية أو تلك ولكن لكي نضع اصبع القارىء على العوامل التي تجعل من أسلوب معين صاحب فاعلية أكبر من أسلوب آخر

فضلا عن هذا فان هناك ما يدل على ان الفرق بين معالج ناجح وآخر أقل نجاحا لاتكمن في المنطلق النظري لكل منهم بقدرما يتوقف النجاح على عوامل أخرى كثقة المعالج بنفسه، وانخفاض مستوى قلقه وقدرته على ابتكار طرق تدفع مرضاه للتحسن والعلاج ، وتكوين علاقات دافئة بهم (٢).

تنوع الأساليب العلاجية بحسب آثار الإضطراب على الشخصية

وبالرغم من تركيز المعالج الحديث على شفاء الأعراض المباشرة فان هذا لايعني أنهم ينظرون للمرض النفسي نظرة تجرده من طبيعته المعقدة والمركبة. ولانبالغ ان قلنا بأن كل المعالجين الآن ، بما فيهم المعالجون السلوكيون ، يعلمون أن الإضطراب النفسي عندما يحدث يؤثر في مختلف جوانب الشخصية وهذا مايجعله ذو طبيعه مركبة. وحتى لو لم يصرح المعالج أحيانا بهذا في كتاباته (بسبب منطلقاته النظرية) ، فانه في الممارسة العملية لايغفل عن تلك الطبيعة المركبة للاضطراب النفسي ، وتكون محاولاته متجهة لهذا نحو احداث التغيير في الشخصية بأية طريقة ملائمة ، وبأي مدخل مناسب. وقد يستخدم في ذلك بعض الاساليب الي تمده بها نظريات علاجية لاتتفق ظاهريا مع نظريته. ومن ناحيتنا نعتقد أن تصنيف مدارس العلاج النفسي إلى مدرسة سلوكية أو فرويدية قد لايكون ملائما دائما. قد يكون الملائم هو تصنيف الاساليب العلاجية بحسب فاعليتها في أحداث آثار علاجية في هذا الجانب أو ذاك من الشخصية المضطربة. ولما كنا نعتقد بأن الإضطراب النفسي عندما يثور يكون متعدد الجوانب من حيث آثاره على الشخصية فيصيب بالاختلال : **الوظائف الوجدانية، والسلوكية الظاهرة، وأساليب التفكير ، وأساليب التفاعل الإجتماعي** ، فان تصنيف المناهج العلاجية بحسب فاعليتها وتركيزها على تعديل كل جانب من هذه الجوانب قد يكون أفضل. وعلى هذا فمن الممكن تصنيف الاساليب العلاجية إلى أساليب لتعديل الوجدان ، وأساليب لتعديل السلوك ،

وأساليب لتعديل التفكير فضلا عن أساليب تعديل أساليب التفاعل الإجتماعي .. وفيما يلي بعض التفاصيل:

١- يتعلق الجانب الوجداني أو الإنفعالي من الإضطراب بدرجة تعرض الشخص لرحمة عدد من الإنفعالات السلبية بالنسبة لموضوع الإضطراب كالخوف من الاماكن المغلقة، أو القلق الاجتماعي- أو الخوف من نماذج السلطة ..الخ . ويعتبر أسلوب **العلاج التدريجي** التي ستأتي الاشارة اليه في الفصل الثالث نموذجا للاساليب المستخدمة في تعديل الإنفعالات والمشاعر السلبية. ويقوم العلاج التدريجي على أساس تعويد المريض على مواقف تتشابه مع الموقف الاصلي المثير للقلق. ويستخدم هذا الاسلوب لإزالة الحساسية المبالغ فيها نحو عدد من المخاوف المرضية النوعية. وتتم ازالة الحساسية المبالغ فيها (الجانب الوجداني- من الإضطراب) باستبدال استجابات الخوف والقلق نحو هذه المواقف باستجابات تناقض تلك المشاعر السلبية وتعارضها. ولتيسير نجاح العلاج يستخدم الاسترخاء العضلي العميق (الفصل الخامس) للتغلب على الإضطرابات الفسيولوجية (التوتر العضلي) المصاحبة للاحساسات والمشاعر المرضية.

ومن الاساليب التى تنتمي لتعديل الوجدان أساليب تأكيد الذات ، وتقوم على تشجيع الفرد وتيسير الظروف له لكي يعبر عن انفعالاته بحرية وبتلقائية ما عدا التعبير عن القلق والجوانب الوجدانية السلبية (الخوف والانسحاب. الخ) .

٢- أما الجانب السلوكي للاضطراب فيتعلق بالتورط في سلوك ظاهر كالادمان، والعدوان، وتدمير الممتلكات ، ويتفاوت السلوك الظاهري في

التعبير عن الإضطراب من سلوك لفظي (كضعف معدل الكلام ، أو البكم في حالة الطفل التي أشرنا اليها) إلى الاندماج في جوانب فعلية من السلوك المضطرب كايقاع العدوان بالاخرين ، أو الادمان على المخدرات .. الخ. ويعتبر **العلاج بالتنفير** نموذجا لانواع العلاج المستخدمة حاليا. ويقوم على أساس تقديم خبرات غير سارة عند ظهور السلوك الذي ترغب في التخلص منه أو علاجه ، فمثلا يعالج الادمان على الخمور باعطاء المتعاطي عقاقير مسببة للغثيان بعد التعاطى مباشرة وذلك كالابومورفين Apomor-phine ويعالج التبول اللاارادى باستخدام مايسمي " سرير ماورر" (٣) الذي صممه العالم النفسي الامريكيMowerer . وهو سرير عادي يرقد عليه الطفل لكنه مصمم بحيث أن أى بلل فيه يؤدى إلى اغلاق دائرة كهربائية ، تتصل بجرس كهربائى يدق بعنف فيوقظ الطفل قبل أن ينتهي من تبوله. وقد وجد أن كثيرا من الحالات قد عولجت بهذا الاسلوب وبلغت نسبة الشفاء ما يقرب من ٩٠٪ من حالات التبول. وبالرغم من أن كثيراً من المعالجين يعارضون هذا النوع من العلاج ويصفونه بأنه علاج آلي وأعمي الا أن فاعليته في بعض الحالات لاشك فيها. وهناك شكل اخر من العلاج الموجه نحو تعديل الجوانب السلوكية من الإضطراب، ويسمى بتعديل السلوك أو استخدام التدعيم. في هذا النوع من العلاج يتعلم الفرد الاستجابة التوافقية الجيدة عن طريق تدعيمها. وكذلك يمكن ايقاف الإضطرابات وتعديل الجوانب الشاذة من سلوكه (عدوان أو إنسحاب، الخ). عن طريق التوقف عن التدعيمات التى تقدمها البيئة (بشكل مقصود أو غير مقصود) لهذا النوع من السلوك. وينجح الشخص في ايقاف السلوك السيء اذا ما الغيت الرابطة بين السلوك المضطرب ونتائجه في البيئة. وتعتمد هذه المجموعة من

اســاليب العــلاج على بحـوث سكينر (Skinner) وسنعـرض في الفـصل السابع لأسس التدعيم وكيفية اجرائه.

٣- اما الجانب الفكرى من الإضطراب فيشير ببساطة إلى مجموعة الافكار والمعتقدات والحجج (وربما القيم التى يتبناها الشخص) نحو ذاته ونحو بيئتـه بحيث تؤدى في النهاية إلى إثارة الإضطراب ، أو تاكيده. فقد يتبنى الشخص الانسحابى فلسفة تقوم على أن البعد عن الناس غنيمة، وقد يتـبنى الشـخص الاعـتمـادي فلسـفـة تقـوم على أن الإنسـان مـحكوم بالحظ والبـيئـة والسلطة ، فلم المحاولة ؟ وهو في ذلك يسـاعـد علي ابقـاء أسـاليـبه الشاذة في التوافق، ويبعد نفسه عن اختبار جوانب جيدة من السلوك الفعال والايجابى. ويلعب الجانب المعرفي دورا كبيرا في الإضطرابات ذات المصدر الإجتماعي كالتعصب العنصري. فقد أظهرت البحوث ان المتعصبين يتبنون حججا نحـو موضـوعات تعصبـهم لا تتناسب مع الواقع. من هذا ان البيض في امـريكا يتـبنون اعـتـقـادات عن السـود بانهم اشـبـه بالحـيـوانات, وانـهم كسـالى وعـدوانيـون. ويقـوى هذا من تعـصـبـهم نحـو الزنوج. وكذلك يتـبنى السـود المرتفـعـون في التـعصب آراء سلبـية عن البيض بتصـور أن البـيض ضعاف جنسيا ومتعصبون مما يوقعهم (أي السود) في ضروب من الاحراج والسلوك غير الملائم نحـو النسـاء البيض .. الخ. وهناك بحث ايضـا يدل علي ان "الروس" يعتنقون صورة سلبية عن الامريكيين ، قريبة من نفس الصورة التي يعتنقها الامريكيون عن الروس (٤). ويقـوم العـلاج من هذا النوع على التعديل من طريقة ادراك المواقف وأفكارنا عنها مع تحليلها وتفسيرها. ومن أكثر النماذج المعاصرة لهذا النوع من العلاج ما يسمى بأسلوب العلاج عن طريق الدفع المتـعـقل Rational- emotive therapy أو العــلاج المنطقي الذى يدعوله العالم الامريكي البرت اليس Ellis صـاحب معهد العلاج المنطقى في

نيويورك. وفي هذا النوع من العلاج يقوم المعالج باستبدال أفكار المريض غير المنطقية عن نفسه، وعن الاخرين بأفكار منطقية تتناسب مع الصحة النفسية . وقد توصل " اليس " إلى عدد من الافكار التى تشيع بين العصابيين والذهانيين بينما لاتشيع بين الاسوياء.. وسنعرض لها في الفصل الثامن كما سنعرض لاهم الطرق المستخدمة في التعديل من طرق التفكير اللامنطقية. وهناك أيضا أساليب تقوم على تبصير المريض عقليا بنتائج أفعاله وصراعاته. ولكن الادلة على فاعلية الاستبصار في تفسير السلوك ضعيفة للاسف. فالاستبصار قد يزداد نتيجة للعلاج ، ولكن وجوده قبل العلاج لايؤدى لتغييره كثيرا . فكثيرا ما يشكو الشخص بأنه يفهم تماما الاسباب الاساسية لصعوباته ، لكنه يعجز عن التخلص من الأعراض . وقد خصصنا الفصل السابع لهذا النوع من أساليب التعديل المعرفي.

ومن الاساليب التي تنتمي لهذه الفئة، هذا النوع من العلاج الذي ينتهي بأن يعيد الشخص النظر لنفسه بطريقة ايجابية ومختلفة. فيتغير أدراكه لذاته، وعندما يتغير ادراك الذات يتغير السلوك ، ويتم هذا بعدة طرق منها : تغير طريقة اللبس والوضع الإجتماعي، أو التدعيم الايجابي للجوانب الايجابية في الشخصية. ومن الحالات التي استخدم فيها هذا الاسلوب بنجاح : حالة فتاة غير جذابة، مكتئبة وباهتة الشخصية، أخذ مجموعة من الطلاب يعاملونها – وفق خطة من العلاج – على أساس أنها شخصية جديرة بالاعتبار ، وشديدة الحيوية والجاذبية والذكاء. وقبل نهاية العام استطاعت أن تكون أسلوبا سهلا في التعامل مع الاخرين ، كما استطاعت أن تكون أكثر جاذبية وثقة في امكانياتها (٥). وعندما ينجح الشخص في تكوين أسلوب معين في أدراك الذات فان هذا يؤثر في شخصيته ككل. فيتصرف بطريقة تتسق مع الصورة التي يحملها عن نفسه. وقد يعنف ،

ويكتئب إذا لم يتبين الاخرون السلوك المناسب نحوه. وتزداد فاعلية علاج التفكير اذا ماحدثت معه شروط أخرى منها : احترام المريض للمعالج والثقة في امكانياته، ووجود دافع التغير لدى الشخص نفسه ، وان يكون الشخص نفسه مرنا وذكيا ، ويؤمن بالنتائج التي سينتهي إليها هذا التغيير .

٤- أما الجانب الإجتماعي من الإضطراب فيشير إلى الإضطرابات التي تصيب تفاعلات واستجابات الفرد الإجتماعية. ويعتبر الجنوح والجنسية المثلية نموذجين للاضطرابات الإجتماعية .ومن المعتقد (٥) أن السلوك المضطرب ينشأ نتيجة لعملية اضطراب في تعلم السلوك الإجتماعي الجيد. وهناك نظرية ترى أن التوحد بالاخرين واتخاذهم قدوة يعتبر من المصادر الهامة في أكتساب أشكال السلوك التي يتنباها الفرد. فاذا كانت القدوة نفسها أو النموذج الذي يحتذيه الشخص كالاب ناجحا وقويا، كان من السهل أن يكتسب الفرد خصائص سلوكية، والعكس صحيح. ومن المعروف أن بعض أشكال الجريمة ، والجنوح يحدثان بسبب أنواع خاطئة من التعلم الإجتماعي مصدرها توحد الطفل بنماذج جانحة

وتتوقف نتائج التعلم الإجتماعى بطريق التوحد بالنماذج على السلوك الذى تتوحد به. فقد يتوحد الطفل الذكر بالام - دون الاب - لكثرة غياب الاب ، أو موته وبعده عن الاسرة، وعندئذ يصعب عليه تعلم الادوار الإجتماعية الذكرية فتسهل فرصته فيما بعد لاقتناص الانحرافات الاستجناسية (اللواط) *.

---

* نسبة كبيرة من حالات الاستجناس تاتى من أسر مهدمة .. أي تنفصل الام عن الزوج بينما يبقى الإبن مع الام .

وعندما يحدث التوحد بأحد الوالدين من نفس الجنس - كما هو شائع في المجتمعات - فان الطفل يتجه ليتبنى الدور المناسب بما فيه النزعة إلى العدوان كما في حالة الاطفال الذكور وتزداد نسبة الجنوح والعدوان بين الاولاد الذين يتوحدون بنماذج عدوانية جانحة .

وبالرغم من اهمية عمليات العلاج القائمة على التعلم الإجتماعي فان فاعليتها فيما يبدو تتوقف على انواع معينة من الإضطراب. فعندما يكون الإضطراب النفسي من النوع الذى يسلك الشخص بمقتضاه ضد الآخرين (كالجريمة ، والانحراف) فقد يسهل تعلم الاستجابات الملائمة من خلال عرض نماذج لجوانب خلقية وجيدة من السلوك. غير ان الإضطراب عندما يكون متحولا ضد الذات (كالقلق والاكتئاب والانتحار) ، فإن من الصعب وضعه تحت ضبط هذا النوع من العلاج. فانواع الاضطراب الموجه نحو الذات تنشأ بسبب عمليات تعلم لا تصلح لها الطرق العلاجية السابقة .

استخدام العقاقير والاساليب الفيزيقية في العلاج :

بدا استخدام العقاقير في علاج الإضطرابات النفسية منذ فترة مبكرة ، إلا أن استخدام العقاقير اصبح منذ الخمسينيات من اكثر الاساليب إنتشاراً في داخل المصحات العقلية. والحقيقة أن المرضي العقليين أصبحوا أكثر تعاونا بعد إكتشاف العقاقير وتزداد أهمية العقاقير بالنسبة لحالات المرض العقلي ربما بسبب أن العوامل العضوية تلعب دورا هاما في نشأة الاستعداد للانهيار العقلي. وقد أدى أنتشار العقاقير إلى زيادة في نسبة الخروج من لستشفيات ونقص في عدد النزلاء بالمستشفيات المخصصة للطب

العقلي . لكن نسبة العودة الي المستشفيات والمصحات النفسية قد ازدادت .

وفي حالة القلق والإضطرابات الوجدانية الاخرى كالإكتئاب غالبا ما يصف الأطباء كثيرا من المهدئات كالفاليوم والباربيتوراتس، والادوية التي تبعث على النوم .. الخ . وفي احصائية انجليزية تبين أن تكاليف المهدئات والعقاقير الطبية تصل الي مالايقل عن ١٠٠ مليون جنيه استرليني في العام (٦) . ولاشك في أن العقاقير تؤدى الي تغيرات سلوكية واضحة. فالمهدئات التي تستخدم مع المرضى العقليين تحول المهتاجيين والعدوانيين إلى أشخاص هادئين .وتخفف العقاقير المضادة للقلق من التوترات العضلية ، وتساعد على النوم ، والقابلية للتغير الايجابي . لكن العقاقير لا تؤدي إلى تغييرات علاجية شاملة ، لهذا فلا بد أن تصحبها أساليب علاجية أخرى وبرامج وقائية . كما أن من اخطر ما يمكن ان تؤدي اليه هو الادمان عليها . وتعتبر المهدئات هي وحدها - بين فئات العقاقير الاخرى - القادرة على خلق ادمان واعتماد جسمي عليها . وهناك أيضا العقاقير المنبهة كالامفيتامين ، وهي تستخدم للارتفاع بالحالة المزاجية ولزيادة التيقظ، ويستخدمها كثير من الطلاب لاعانتهم على السهر بالليل كما يستخدمها الرياضيون لتعينهم على حسن الاداء (٧) . وبالرغم من أن "الامفيتامينات" لاتؤدي إلى الادمان الجسمي الا أنها تخلق اعتيادا نفسيا .ويؤدي استمرار استخدام العقاقير علي المدى الطويل إلى التوتر والارق ، والارتعاشات وغيرها من الإضطرابات النفسية (٨) .

ومن المتفق عليه – بشكل عام – أن العقاقير في عمومها لاتعالج المشكلات ولكن تحقق هروبا مؤقتا منها – ومن ناحية أخرى ، فإن العقار الواحد " الفاليوم " مثلا ، يؤدى إلى استجابات مختلفة في الآشخاص المختلفين فقد يثير شعورا بالبهجة والإنتشاء عند البعض ، وعند البعض الآخر يؤدى إلى عكس ذلك الاحساس– تماما – لذلك فإن اعطاء عقار معين يجب أن يكون مصحوبا بفهم عميق لطبيعة الشخصية وخصائص المريض وتركيبه النفسي.

وترتبط بالإدمان مشكلة أخرى يثيرها استخدام العقاقير في العلاج وهي مشكلة الافراط فى تعاطى كميات أكبر من نفس العقار للوصول إلى نفس الحالة التى كانت تكفى للوصول إليها كميات أقل في بداية التعاطى. فالشخص قد يكتفى فى البداية بثلاثة ميلجرامات من الفاليوم " للوصول به إلى حالة من الاسترخاء والهدوء النفسي : ولكن يحتاج تدريجا إلى كميات أكبر حتى يصل إلى نفس الحالة التى كانت تكفى للوصول إليها كميات أقل .

وفى اعتقادنا أن الامر إذا تطلب استخدام عقاقير على الاطلاق ، فإنه لابديل للمواجهة بالموافقة على المصادر الرئيسية لمصادر الإضطراب .. والخطأ ، مع استخدام أساليب جديدة من التعلم لمواجهة المشكلات النفسية والإجتماعية ، والتدريب على فنون العلاقات الإجتماعية ، والتفاعلات البناءة بالاخرين .. كل ذلك يجب أن يتم جنبا إلى جنب مع أشكال العلاج بالعقاقير.

وهناك العلاج بالتشنجات الكهربائية التى تقوم على وضع قطبين

كهربيين على فودي المريض مع تمرير تيار كهربائي خلال المخ. وعلى الرغم من أن العلاج بالصدمات الكهربائية يبدو مفيدا في علاج بعض الحالات كالإكتئاب الحاد .. فان تأثيره مؤقت ، وتتحول نسبة كبيرة من الاشخاص إلى نفس الحالة بعد فترة من الزمن. كذلك من الثابت أن الاستمرار في العلاج بطريق الصدمات الكهربائية يؤدى على المدى الطويل إلى آثار جانبية تكون أخطر من الإضطراب الاصلى. من هذه الآثار الجانبية : الاصابات المخية وضعف الذاكرة ، وفقدان القدرة على الاتجاه .. وقد ناقشنا هذه القضايا فى الفصل الثالث .

الخلاصـــــة

إن اكتشاف الاساليب الحديثة في العلاج ، يعتبر ثورة شهدتها الاعوام الاخيرة، فلم يعد من الضرورى ان يتحول الاف المضطربين إلى مرضى مزمنين. وقد عرضنا لعدد من اساليب العلاج محاولين أن نبين أن هناك مناهج تستخدم بنجاح في علاج بعض الإضطرابات دون البعض الاخر الذى تصلح له مناهج من نوع اخر. وهكذا فعندما يكون الإضطراب مصحوبا بمخاوف مرضية او قلق من مواقف محددة، فان اسخدام اساليب التدريج وتاكيد الذات وغيرها من اساليب تعديل الإضطراب الوجدانى تنجح نجاحا بالغا في التخلص من مصادر الإضطراب وتكون اساليب التعديل السلوكية من احسن الوسائل في علاج الإضطرابات التى تكون متجهة ضد الاخرين كالعدوان وتدمير الملكية. الغ كذلك ينجح في حالات تعديل سلوك الاطفال عندما تكون الأعراض واضحة ويسهل تحديدها . على حين ان الاساليب التى تتجة إلى تعديل قيمنا واساليبنا الفكرية والمعرفية الخاطئة تفيد اكبر فائدة فى تناول الإضطرابات التى تكون الأعراض فيها . متجهة ضد الذات كالاغتراب * ، والإكتئاب ،

---

* خاصة ذلك النوع من الاغتراب المصحوب بالعزلة الإجتماعية وعدم الحماس للقضايا الإجتماعية والعزوف عن المشاركة في حلها ..الخ . والاغتراب هنا بالطبع يختلف عن المفهوم الفلسفى الذى يرى أن الاغتراب يعبر عن موقف فكرى يتبناة الشخص تجاه تناقضات الحياة والظلم الإجتماعى .

والشعـور بالنقـص .. الـخ . كذلك تصلح هذه الاسـاليب في علاج بعض الإضطـراب الإجتمـاعية التي تلعب الافكار الخاطئة دورا كبيرا في تدعيمها مثل التعصب والتحامل. علي حين أن الاساليب المتجهة نحو تعليم أساليب جيدة من التفاعل الإجتماعي تكون فعالة في علاج الحالات التي يكون منشأ الإضطراب فيها راجعا لاخطاء في التوحد بنماذج شاذة وغير ملائمة لاكتساب السلوك الجيد وذلك كما في حالات الإضطرابات الاستجناسية والجناح .. الخ .

أما عن **الوقاية** فان الجهد الذى يتم في هذا الميدان قليل ، ولو أن من الممكن استخدام الاساليب المتعلقة بتحسين الوراثة خاصة في حالة الوقاية من الإضطرابات العقلية كالفصام. وهناك جهد أكبر يمكن أن يتم بالنسبة لتعليم الوالدين أساليب مناسبة من التنشئة. كما يمكن التخلص من تأثير الازمات البيئية بخلق مناخ وقائي يؤدي إلى التخفف من الضغوط المرتبطة بجو العمل عن طريق الارشاد والتوجيه. ومن طرق الوقاية انتشار الثقافة ، والمعرفة بالظروف المؤدية للاضطراب ، بحيث يعامل المضطربون بقدر كبير من المشاركة الوجدانية والمودة. بدلا من العزلة.. لكن خلق مناخ وقائي لايغنى عن ضرورة وجود أساليب فعالة من العلاج المباشر للاضطرابات الفردية عندما تثور .. ويعرض كل فصل من الفصول الآتية منهجا في هذا الاتجاه.

مراجـــع وتعليـــقات

١- لابد من الاشارة إلى أن هناك خلافات شاسعة بين المحللين النفسيين. فبينهم من يعترف بأن " فرويد" صاحب تفكير تقليدي وبينهم من يرى انه يربط نظريته بشكل متعسف بالجنس والعوامل البيولوجية .. ولهذا أنشق عليه عدد من تلاميذه مثل " يونج" و" أدلر" وحاول كل منهم أن يكون نظرية مختلفة .

لكن بالرغم من اعترافنا بالاختلافات الشديدة بين علماء التحليل النفسي ، الا أن هناك خاصيه تجمعهم جميعا وهى أن الأعراض في رايهم تعبر تعبيرا غير مباشر عن " مشكلة الخفية " . أما ما هى هذه المشكلة الخفية فهذا ما يختلف فيه أنصار التحليل النفسي. فهى عند فرويد مشكلة متعلقة بالتطور الجنسي والكبت في الطفولة، وعند " أدلر" هى عقدة النقص .. الخ . كذلك يشترك المحللون النفسيون فيما بينهم في أن نظرياتهم لم تبن على نتائج تجريبية . بل أن فرويد تجنب المعالجة التجريبية لافكاره ، مما يجعل من المستحيل وزن الدلالة العلمية لثبات ملاحظاته ودقتها .. ومثله فعل " يونج" و" أدلر. " وبالرغم من أن المحللين النفسيين المعاصرين قد يندمجون بين الحين والاخر في دراسات علمية لاثبات آرائهم فإنهم عموما يتبنون أسلوبا يستخف بالاحصاء، والتجارب العلمية.

للمزيد من الشرح عن نظرية التحليل النفسي والانتقادات التي وجهت لها

انظـــر :

أ) هـول ليندزي (١٩٧٨) ***نظريات الشخصية*** . ترجمة فرج أحمد، قـدري حنفي، لطفى فطيم. الكويت: دار الشـايع للنشـر (خـاصـة .الفـصل الثاني والثالث والرابع)

ب) أيـزنـك (١٩٦٩)، ***الحقيقة والوهم في علم النفس*** ،ترجمة قدري حنفي ورؤوف نظمي ، القاهرة : دار المعارف ، ١٩٦٩ .

كذلك انظر لعدد من مؤلفات فرويد التي ترجم بعضـهـا للغة العربية منها:

جـ) سيـجمند فـرويد ، ***معالم التحليل النفسي***، ترجمة محـمـد عثمان نجاتي ، القاهرة: دار النهضة العربية.

٢- هناك عـدة دراسـات تبين أن شـخـصـيـة المعـالج بغـض النظـر عـن انتمائه النظري لهذه النظرية أو تلك تساعد على اعطاء دفعات قوية للعلاج ، مما يدفع بعض المعالجين إلى تركيز جهودهم في البحث عن أساليب فعالة دون النظر إلى أرتباطات بنظرية نفسية معينة. وهناك أيضا ما يدل على أن المعالجين الناجحين يتشابهون في خصائص معينة مهما اختلف إنتماؤهم النظري بينمـا تشـابه النـاجـحين بالاقل نجـاحـا في داخل النظرية الواحـدة يعـتـبـر اقل من ذلك. وعلى هذا فـان المعـالج الناجح الذى ينتـمي لنظرية التحليل النفسي أقل تشابها بزميله الاقل نجاحا في نفس (النظرية) وأكثر تشابها في خصائصه من معالج ناجح ينتمي لنظرية العلاج الوجودي مثلا. وقد تبين أيضا أن الناجحين في العلاج النفسي يتميزون بخصائص منها :

الدفء ، والخلو من القلق ، والثقة بالنفس ، والقدرة على تكوين علاقة فعالة بمريضه . **انظر :**

Frank d (1961) ***Persuasion and healing*** . Baltimore : John Fopkins Press.

Hans E. Ysenck (1078) : ***You and neurosis*** . Britaion, Gliag-ow: Willion Collins.

٤- للمزيد عن العوامل الفكرية فى تأكيد التعصب أنظر :

Bronfenbrenner, U. (1961) : The Mirror image in soviet - American relations - A social psychoolgist approach. ***J. of Social Issues.*,17 No. 3pp. 45. 56.**

٥- تبنى "ميشيل أرجايل" من اكسفورد- بريطانيا نظرية بينت له أن الاطفال يتوحدون بوالديهم بدرجه معينة، بمعني أنهم يتخذون من الاباء نماذج يحاكونها ويقتدون بها عند مواجهتهم لمشكلات الحياة المختلفة. فاذا كان الاباء أنفسهم من بين المتسمين بالطموح والجدية فان أطفالهم يكتسبون نمط مشابها من الشخصية. ويمكن الاستدلال على توحد الطفل بأحد والديه من خلال التشابه بين الصفات التى يصف بها الاطفال والديهم ، والصفات التى يضعونها للشخص الذى يرغبون في ان يكونوا مثله. فاذا وصف الطفل الاب بالجدية والنجاح والذكاء، ثم بين ان ما يتمناه لنفسه هو الجدية والنجاح والذكاء فان هذا التشابه يعتبر علامة جيدة على التوحد بالأب . وتبين دراساته على الأطفال الانجليز بأن تأثير الأب على الأبن الذكر

أكبر من تأثير الأم. فإذا أراد الوالدان لابنائهم أن يكونوا قادرين على العمل الجاد والنجاح فان عليهما أن يكونا من القادرين بالفعل على العمل الجاد ومن الناجحين. وكذلك يجب عليهم أن ينقلوا هذه الخصائص لأطفالهم من خلال تشجيعهم لهم على التوحد بهم. ولكى يحدث التوحد الناجح هناك شروط يجب أن تتوافر منها:

١- أن يمضى الأب جزءاً من وقته فى داخل منزله ومع أطفاله.

٢- أن تكون العلاقة بين الوالدين والأطفال دافئة ومشبعة لكلا الطرفين.

٣- وأن يكون الأب للطفل على قدر مرتفع من الجاذبية والفعالية. وأن يكون مقبولا وفق معايير التقبل الاجتماعية المحلية. وقد وجد على سبيل المثال أن أطفال الأسر المهاجرة يميلون الى رفض التوحد بأبائهم كنماذج خاصة إذا كان المجتمع يعاملهم كغرباء أو طفيلين . ومن رأى "أرجايل" أن الصحة العقلية تتحسن اذا ما كانت علاقة الطفل بوالديه علاقة طيبة واذا ما توحد الطفل بأحد الوالدين من نفس الجنس (يتوحد الطفل الذكر بالأب، وتتوحد الطفلة بالأم). ذلك لأن الأولاد الذين تتوثق علاقاتهم بالأم دون الأب يتحولون فى كثير من الأحيان الى السلبية والأنوثة وربما الجنسية المثلية (الاستجناس). وهناك من الدلائل ما يشير الى صحة هذه النظرية من أن المستجنسين قادرين بصفة واضحة على أن يحتفظوا بتوحدات مذكرة أو مزدوجة (ذكرية وأنثوية معاً) انظر شلدون كاشدان، علم نفس الشواذ، الترجمة العربية، الكويت : (دار القلم-١٩٧٧). للاطلاع على تطبيقات نظرية

التوحد انظر:

ميشيل ارجايل، *علم النفس ومشكلات الحياه الاجتماعية*.

ترجمة عبد الستار إبراهيم، الكويت: دار القلم، ١٩٧٨ خاصة الفصل الثاني، والثامن. كذلك

Argyle, M.&Robinson, P two origins of achievement motivation J.of *Social Psychology* 1962,1 107-120.

انظر مشيل أرجابل ، *علم النفس ومشكلات الحياة الإجتماعية* ، المرجع السابق.

٧- شيلدون كاشدان ، *علم النفس الشواذ* ، ترجمة أحمد عبد العزيز سلامة ومراجعة محمد عثمان نجاتي. الكويت . ، دار القلم ، ١٩٧٧ ،

٨- يقسم علماء العقاقير والأطباء العقاقير المختلفة إلى عقاقير مهدئه ، وعقاقير منبهة أو منشطة ، وعقاقير الهلوسة. أما العقاقير المهدئة فهى كالكحول والمورفين ، والهيروين والمسكنات الطبية المختلفة ، وتتضمن العقاقير المنبهة الكافيين (مادة القهوة) والنيكوتين والكوكايين والامفيتامين - الخ وتتضمن عقاقير الهلوسة مجموعة من العقاقير تؤدي إلى غياب الوعى والهلاوس ومن أهمها الحشيش أو الماريوانا وال L. S. D. والمسكالين .

ويكمن خطر العقاقير المهدئة في أنها تؤدي إلى الادمان الجسمي. والادمان الجسمى يختلف عن مجرد الاعتياد أو التعود النفسي وهو ما يحدث في حالة الامتناع عن العقاقير المنشطة. أما عقاقير الهلوسة فأنها

لاتؤدى إلى أدمان جسمى أو إعتياد ولكها تؤدى اذا أسيء استخدامها إلى اعراض نفسية مختلفة منها الغيبوية ، والهلاوس البصرية والسمعية المفزعة فضلا من أضطراب السلوك الإجتماعى كالاتكالية الشديدة ، واالسلبية .

أنظر أيضاً :

Richard Frances& John Franklin (1990). A ***Concise Guide to treatement of alcoholism*** **& addiction** .Washington, D,C :American Psychiatric Press.

Vernon Johnson (1986).***Intervntion: How to help someone who doesnt't want help.***

Minneapolis Johnson Institute Books.

الباب الثانى
نماذج من أساليب
العلاج النفسي السلوكى المعرفى الحديث

الفصل الرابع : علاج الإضطرابات الإنفعالية بطريقة متدرجة.

الفصل الخامس :أسلوب الاسترخاء وتدريبه .

الفصل السادس :تاكيد الذات والحرية والإنفعالية وتدريب المهارات الإجتماعية .

الفصل السابع :قوة التدعيم .

الفصل الثامن :العقلانيه وتعديل أخطاء التفكير .

الفصل التاسع :علاج دون معالج: الاساليب الحديثة فى العلاج الذاتى.

الفصل الرابع

علاج الإضطرابات الإنفعالية

بطريقة متدرجة

حالتا ألبرت وبيتر وما بعدهما :

كان " ألبرت " في شهره الحادي عشر عندما قام العالمان السلوكيان " واطسون" و "راينر" بتعريضه لفأر أبيض . لم تثر رؤية الفأر – في البداية – أي مشاعر بالقلق أو الخوف لدى "ألبرت" ، إلى أن قام العالمان بتقريب الفأر حتى يصبح في متناول "ألبرت" الذى مد يده اليسرى يلمس الفار ببراءة ، وفي هذه اللحظة أطلق المجربان صوتا عاليا حادا من خلف رأس" ألبرت. " عندها قفز الطفل فزعا مشيحا برأسه وجسمه كله عن الفأر . تكرر هذا الاجراء إلى أن تاكدت تلك الاستجابة الإنفعالية الحادة من " ألبرت. " وبمرور الوقت تحول مشهد الفأر – المحايد- إلى مصدر للخوف الشديد عند الطفل. فبعد سبع مرات من تعريض الفأر مقرونا بهذا القرع الحاد ، بدأ ألبرت يصرخ طالبا النجدة عندما كان يشهد الفأر (حتى ولو كان بعيدا وبدون أن يكون مصحوبا بهذا الصوت الحاد). فضلا عن هذا فان مخاوفه لم تقتصر على مشاهدة الفأر بل بدأت تعمم نحو كل الاشكال ذات الفراء والمشابهة للفئران كالارانب والكلاب، ومعاطف الفرو. الخ (١) .

ومن المؤسف أن الطفل قد أخرج من المستشفى في الوقت الذي كان يفكر فيه المجربان في ابتكار بعض الطرق للعودة به إلى نفس حالته السابقة . لهذا فاننا لانعرف ماذا حدث له بعد ذلك هل استمرت مخاوفه أم استطاع أن يتغلب عليها وأن يعود إلى طمأنينته المعتادة عند مشاهدة الفئران والارانب أو الاشكال الفرائية؟ واذا شئنا التخمين فان من المرجح إلى حد بعيد أن الخوف قد بدأ يصاحب ألبرت ويعايشه حتى بعد تجاوزه لسن الطفولة مالم تكن هناك بعض المجهودات التي قدمت له للتغلب على مخاوفه * .

وما يستنتج من حالة " ألبرت" هو أن كثيرا من جوانب الخوف والقلق والرهبة وعدم الثقة بالنفس وغيرها من أشكال العصاب ما هي الا عادات سيئة اكتسبناها في مواقف مختلفة أو مؤلمة ، أو مهينة للنفس. أننا نتعلم أن نكون مرضى أساساً بسبب خبرات مؤلمة تعرضنا لها البيئة.

وبنفس المنطق يمكن القول بأن ما نتعلمه يمكن أن نتوقف عن تعلمه ، أو نتعلم عكسه. فاذا كنا نتعلم أن نكون مرضى فاننا يمكن أن نتعلم أن نكون اصحاء. والعلاج النفسي هو فن تعليم الناس أن يكونوا أصحاء

---

* هناك بعض الاعتبارات الخلقية التى يجب الاشارة اليها في هذه الحالة . ذلك لان التجريب على السلوك الإنسانى بهذة الطريقة يستشير عديدا من الاعتبارات الخلقية والإنسانية ومن المؤكد أن قيام كثير من الباحثين بالتجريب على السلوك الإنسانى بهذا الشكل يعتبر من العوامل الهامة وراء الهجوم الشديد على العلاج السلوكى خاصة في مراحل تطوره الأولي.

أي خلو من المخـــاوف التى لامعنى لهـا ومن المعطلات الإنفـعـاليـة التى تعوق القدرة على التـفكيـر السليم، وتحـقيق الذات والطمـأنينة. صحـيح أن صـغيرنا لم تتح له هذه الفرصـة فيمـا نعلم. لكن مـا البأس في أن نستنتج أيضـا بأن الخـوف الذى تعلمـه " ألبـرت" كان يمكن أن يتخلص منه لو اننا عرضناه

لتلك الاشكال - التى أصبحت الان موضوعا لمخاوفه - تدريجيا، وعلى أن تكون مصحوبة هذه المرة بخبرات سارة أو جذابة. والحقيقة أن هذا ما اقترحه المعالجان عند عرضهما لهذه الحالة، لقد اقترحا بأن الطريقة - المثـلى لعلاج "ألبـرت" وتخليصـه من مشاعر القلق والخوف أن نقدم له منبها مرغوبا (قطعة من الشكولاته ، أو عناقة مثلا) في الوقت الذي يظهر فيه الفأر عن بعد أولا ثم نقرب الفأر تدريجيا في المرات التالية مع تقديم منبهات أخرى مرغوبة.

وعلى الرغم مما في هذا التصور من منطق وبديهة فان توظيفه للعلاج النفسي تأخر حتى عام ١٩٢٤ ، ففى هذا العام نشرت أول دراسة أكلينيكية لحـالة طفل اسـمـه " بيـتـر: أمكن - بنجـاح - أزالة مـخـاوفـه المرضـيـة من موضـوعات مماثلة بتعريضه تدريجيا لتلك الموضوعات في الوقت الذي كان فيه الطفل يلتهم طعامه باسترخاء لذيذ وفق الطريقة الاتية" في الفترة التي كان فيها الطفل جائعا تم وضعه على كرسي مرتفع وأعطي بعض الطعام، وفي هذه اللحظة أظهر الموضوع المخيف (الفأر) بهدف احداث استجابة

سلبية (الخوف) . وعندئذ بدىء في ابعاده تدريجيا عن الطفل حتى أصبح على مسافة بعيدة لاتهدد إطعام الطفل. لقد قدرت القوة النسبية التى عندها لايتدخل حافز الخوف مع حافز الجوع، بالمسافة التى يجب أن يكون عليها الموضوع المخيف. ثم والطفل منهمك في طعامه ، أمكن تقريب الموضوع المخيف تدريجيا نحو المائدة ، إلى أن تم وضعه على المائدة نفسها، حتى أمكن له فى النهاية ملامسة الطفل " (٢)

وهذا المنهج هو نفس ما أقترح قبل ذلك بخمسة أعوام تقريبا ، عندما أمكن أثارة مشاعر الخوف عند طفلنا " ألبرت" *

وبالنظر إلى أن أزالة الخوف والقلق النفسي في الحالة السابقة تم بتعريض الشخص لإنفعالات ايجابية معارضة لهذا القلق والخوف (ابعاد الموضوع المهدد واظهاره تدريجيا)، أطلق على هذا الاسلوب من العلاج مصطلح " الكف المتبادل"، وهو موضوع كتاب شهير ظهر عام ١٩٥٨ ، يلخص جهودا علاجية لما يقرب من مائتى حالة من الخوف والقلق أمكن علاج ما يزيد على ٨٩٪ منها. وهي نسبة تدعو إلى الاطمئنان دون شك .

والفكرة الرئيسية من مبدأ الكف المتبادل هي أنه اذا ما نجحنا في استثارة استجابة معارضة للقلق عند ظهور الموضوعات المثيرة للقلق فإن هذه الإستجابات المعارضة تؤدي إلى توقف وكف كامل أو جزئي للقلق ولهذا يبدأ الخوف في التناقص أو الاختفاء بعد ذلك .

---

* نسبة النجاح في الطرق التقليدية من العلاج النفسي تصل إلى ٦٥٪ وهى أفضل قليلا من نسبة الشقاء التلقائى دون علاج على الاطلاق .

أذكركم بمثال "بيتر" الذي عرضنا له توا، فقد انتهى خوفه من الفئران بعد تقريبها منه تدريجيا وهو منهمك في طعامه. لقد أمكن ببساطة كف الخوف بتشجيع ظهور استجابة أو استجابات تتعارض معه : الطعام، والتقديم التدريجي للفأر، وعناقه مع بث الطمأنينة.

ولعل السؤال الذي يفرض نفسه هنا هو ماهي الاستجابات المعارضة للقلق، والتى اذا أمكن احداثها في حضور الموضوعات أو المواقف المخيفة أمكن بالتالي ايقاف القلق وكفه؟. وكيف يمكن احداثها. وتطويرها لدى الناس في اضطراباتهم؟ الحقيقة انه لايوجد اتفاق محدد عن هذه الاستجابات او نوعها. فأى سلوك ينميه الشخص من خلال خبراته الخاصة بحيث يكون من شأنه ان يوقف ويكف جوانب الإضطراب بمظاهره الفسيولوجية او الوجدانية، او السلوكية، ينجح أن يكون سلوكا كافا ومناقضا للإضطراب والقلق.

التعرض التدريجى لمصادر الإضطراب :

وبالرغم من تعدد الاساليب التى يبتكرها المعالجون لايقاف القلق، وكفه، فان قليلا منها قد حظى بالاهتمام العلمى الملائم، والتطمين التدريجى، من بين تلك الاساليب القليلة التى حظيت باهتمام علمى كبير.

والتأمل في طريقة التطمين التدريجى يبين انها تقوم على بديهة اجتماعية شائعة. فمن المعروف لدى الكثيرين بأن ا التعريض المستمر والمتوالي للمواقف – لاي موقف من مواقف الحياة– يغير من اتجاهاتنا نحو هذه المواقف. وينطبق هذا على كل المواقف التي تستثير الإضطرابات

العصابية. كالمواقف المثيرة للقلق ، أو الخوف والرهبة ، والتحرج ، والضيق ..الخ.

وتشهد البديهة العامة أيضا بأن هناك طريقتين ينصح بهما الناس عند مواجهه هذه المواقف وهما : اما **التعرض الكلي** للموقف أو **التعرض التدريجي** . فالبعض قد ينصح شخصا خائفا من السباحة بأن يلقي نفسه في الماء وأن يحاول. وبالمثل فقد ينصح البعض شخصا ما أن حدثت له حادثة في سيارة أو من مركبة عامة أن يعود من جديد لمكان الحادث أو للموضع المؤلم مواجها اياه مباشرة حتى تتحيد مشاعره نحوه.

لكننا نجد في كثير من الاحيان أن الحكمة تتطلب التدرج . والواقع أن التخلص من الخوف مثلا بتعريض الشخص تدريجيا للاشياء أو الموضوعات التي تثيره (كالظلام والاماكن الواسعة ، أو الاماكن العالية ، أو الضيقة ـالخ) كان ـ ولايزال ـ من الفنون الرئيسية التي تتجه لها بديهة الإنسان المتمرس بالحياة.

لاحظوا مثلا مشهد الطفل الذي يصرخ بفزع لانه شاهد ضيفا أو زائرا غريبا يلتحي بلحية سوداء.. أو يلبس نظارة أو يرتدي زيا غريبا لم يشاهده الطفل من قبل. أن كثيرا من الآباء يدرك أن هذا القلق والفزع لايمكن التخلص منه بدفع هذا الطفل نحو هذا الضيف وتأنيبه على ذلك. لكن حكمة الاب قد تدفعه ـ مثلا ـ إلى أن يحمل الطفل مهدهدا أياه ، بينما يبادل الضيف بعض الاحاديث الودية. وهكذا سنجد تدريجا أن الطفل قد أخذ يختلس النظرات إلى مشهد الضيف الغريب وهو في موقعه الآمن مع

الاب. وها هي ذى الان نظرات الطفل المختلسة تستمر للحظات أكثر متحولة إلى نظرات ود وصداقة. قس على ذلك ما يقوم به الآباء المجربون عند تشجيع الطفل على السباحة ، أن الاب لن يدفع بالطفل دفعا مفاجئا إلى الماء. لكنه سيبدأ بدلا من ذلك مقربا اياه من الماء تدريجيا دون اثارة أي مشاعر بالخوف أو القلق. بل على العكس قد يخاطب الطفل بكلمات تشجيع لطيفة. وقد يرفعه قليلا من على أرض الشاطىء عندما تقترب موجة عنيفة.. لكنه بالتدريج يقرب قدمي الطفل ثم ساقيه إلى الماء ثم جسمه كله. ان الطفل وربما فيما لايزيد عن عشرة دقائق قد يصبح بكامله في البحر يضرب المياه من حوله بسرور ونشوة.

ولحكمة مماثلة جرت شريعة بعض المجتمعات البدائية على وضع أفرادها في طقوس قاسية متدرجة قبل أن يسمح لهم بأداء الادوار الرشيدة . ولنفس الحكمة تتجه المجتمعات الحديثة إلى استخدام أسلوب التدريج في تنشئة الاطفال وتدريبهم على المشى والحركة والكلام. كذلك يتجه كثير من مؤسسات الضعف العقلى إلى استخدام نفس هذا الاسلوب مع ضعاف العقول لتدريبهم على رعاية النفس ، وإرضاء متطلباتهم الرئيسية ، والتطور بهم إلى مستويات أرقي من النمو الحسي والحركي والفكري.

وتقوم طرق العلاج النفسي السلوكي بطريقة التطمين التدريجي على نفس المبدأ : ابتكار وسائل لتشجيع العصابي على مواجهة مواقف القلق والخوف تدريجيا . والهدف الرئيسي من ذلك تحييد مشاعر المريض العصابية بالغاء الحساسية المبالغ فيها نحو تلك المواقف. ويكون من

خلال التعرض التدريجي للمواقف أو المواقف المثيرة للقلق مع احداث استجابات معارضة لهذا القلق أثناء عرض كل درجة منه إلى أن يفقد هذا الموقف تماما خاصيته المهددة ويتحول إلى موقف محايد، أي إلى أن تلغى العلاقة بين المنبه والاستجابة (القلق أو الخوف .. الخ) . البحوث المتراكمة عن هذه الطريقة في علاج الأمراض النفسية والسلوكية تثبت أنها ذات فاعلية لاشك فيها . وعلى سبيل المثال أمكن استخدام طريقة التقريب التدريجي للمواقف المؤلمة في علاج المرضي في مستشفيات الصحة العقلية. فلقد أمكن لمجموعة من المرضي الخائفين من الاماكن المغلقة والواسعة أن يتخلصوا من هذا القلق وفق خطة قام بها عالم نفسي ، وتقوم على تعريضهم تدريجيا وببطء لهذه الاماكن. كذلك أمكن علاج مجموعة من المخاوف المرضية المتعلقة بالخوف من المستشفيات أو المدارس لدى مجموعة من الاطفال الصغار باستخدام نفس هذا الاسلوب. أضف إلى ذلك حالة الطفل " بيتر" التي سبقت الاشارة اليها وغيرها مما سيأتى الحديث عنه بعد قليل (٤).

أسلوب التطمين التدريجي في منظور تاريخي :

بالرغم من أن الصياغة النظرية لاسلوب التطمين التدريجي ، وتوظيفه للعلاج بدأت في فترة حديثة ،، فان المتتبع لتاريخ العلاج النفسي قد يتعرف على بعض الاساليب العلاجية القريبة ،مما يدل على أن هذا الاسلوب لم يخف على خبرة المعالجين النفسيين السابقين. ففى سنة ١٩٢٢ يشرح الطبيب النفسي الالماني المشهور كريتشمر Kretchmer طريقة في

العلاج النفسي سماها التعويد المنظم . ويسوق كريتشمر كشاهد على فاعلية أسلوبه حالة شاب في الثلاثين من عمره كان يعانى من الخوف الشديد عندما يجد نفسه في أماكن فسيحة أو في شارع مما دفعه إلى الامتناع عن الخروج من منزله لشهور عدة ، وتطور الامر به إلى أن أصبح يخشى الخروج من حجرته . وقد بدأت خطة العلاج بأن أمكن تشجيع المريض أن يسير - مصحوبا بالمعالج - لمسافات قصيرة كانت تزاد تدريجيا . ثم تم أستبدال الطبيب تدريجيا بشخص اخر .. إلى أن أمكن للمريض السير وحده خطوات قليلة خارج المنزل كانت تزاد تدريجيا من يوم إلى اخر .. حتى أصبح بامكانه السير والرحيل إلى أماكن بعيدة وغريبة .

حالة المرأة - الميدان :

وقريب من هذا أسلوب أستخدامه أحد المعالجين سنة ١٩٢٣ لشفاء احدى المصابات بمرض الخوف من الاماكن الفسيحة وفق خطة مماثلة بالشكل الآتى :

" تضمنت الخطوة الاولى في علاجها أن نصحبها إلى ميدان فسيح مجاور. وفي الميدان طلب منها أن تعود إلى المنزل بمفردها . وبالرغم من أن البرودة شملت يديها ، واعترى الشحوب وجهها ، وازدادت نبضاتها ، وجف ريقها، فانها اعترفت بأن هذه الطريقة قد أفادتها عن أي طريقة حاولتها من قبل. وفي اليوم التالي طلبت منها أن تكرر الذهاب الي الميدان والعودة الي المنزل بمفردها عددا من المرات "(٥)

وفي ميدان التحليل النفسي يعتبر التطمين المتدرج عملية علاجية من شأنها أن تمكن المريض تدريجيا من مواجهة المواقف المؤلمة وتقبلها . ويعترف بعض المحللين من أن قيمة الاعتراف والتداعي أمام المعالج تنبع من أن احساسات الشخص نحو هذه المواقف تبرد وتقل.. ان المرضى يجب أن يعرضوا أنفسهم لهذه المواقف التى تأتيهم بانفعالات مؤلمة. فاذا كان المريض مثلا خائفا من الاماكن المغلقة فانه يمكن أن يطلب منه في اليوم الاول من العلاج أن يغلق باب حجرته لحظات قصيرة ، وفى اليوم الثانى قد تزداد هذه اللحظات إلى عشر دقائق - ثم إلى نصف ساعة يوميا إلى أن يكتشف من خبرته العملية أن باستطاعته تحمل مواقف الخوف " .

حالة الطبيب الجزع :

وفي عام ١٩٤٩ عولجت بنجاح حالة طبيب مصاب بعصاب الخوف من

الاماكن المغلقة باستخدام أسلوب التطمين مع استخدام الاسترخاء عند تخيل موقف الخوف ، وذلك بأنه كان يطلب من المريض أن يتخيل مشاعره وهو في مكان مغلق ، وأن يسترخي مطمئنا وهو يفعل ذلك. كذلك طلب منه أن لايجعل من خوفه المتخيل أقوى من هدوئه واحساسه بالامان ، وذلك بأن يبعد تفكيره عمدا عن موقف التهديد اذا ما شعر بأن الخوف يشتد. وربما تعتبر حالة الطبيب الجزع أول حالة يستخدم معها أسلوب التطمين المتدرج إعتمادا رئيسيا على أثارة خيال المريض والاسترخاء وأثارة أحاسيس معارضة للخوف. وهي من الخصائص التي تميز الاساليب الحديثة من التدريج كما سنرى.

حالة الطفلة مرجريت

وفي سنة ١٩٦٢ عرض " بنتلر " لحالة الطفلة " مرجريت" التي كانت في شهرها الحادي عشر عندما أرادت أن تقف مستندة على حمام السباحة المنزلي ، فزلت وسقطت بعنف ، وأخذت تصرخ بشكل حاد. وبعدئذ قاومت بشدة وبصراخ شديد أي محاولة من قبل الابوين لاعادتها للاستحمام أو لتنظيفها. ومن الغريب أن الأبوين لاحظا بأن مارجريت بدأت تخاف أيضا من أي مصادر للماء بما في ذلك صنابير الماء في المنزل والماء نفسه. وقد أمكن للمعالج أن يعالج مرجريت بنجاح في برنامج من أربعة أجزاء في خلال شهر (أيزنك ، الحقيقية والوهم في علم النفس، ص ١٤٨). في **الجزء الاول** وضعت لها مجموعة من الدمى في حوض الحمام الفارغ. وتركت حرة تماما في الذهاب إلى غرفة الحمام وتناول الدمى، فكانت تدخل غرفة الحمام وتخرج دمية من الحوض ولكنها لاتبقى بالقرب منه. وفي **الجزء الثاني** من العلاج وضعت الطفلة مرتين

على مائدة المطبخ بجوار حوض الغسيل بينما أمتلأ الحوض بالماء ، والدمى تطفو فيه. وقد صرخت في البداية حينما اقتربت من الماء ، وعندئذ وضعت الدمى أمامها على الجانب الاخر من الحوض وعلى رف فوقه بحيث تضطر إلى السير في الحوض لكي تصل اليها. وأخيرا دخلت الماء مترددة وخافت قليلا حينما ابتلت. أما في الجزء الثالث فقد تم اعطاؤها " الحمام في أثناء تبديل ملابسها في حوض غرفة الحمام ، وقد أعطيت دمية محببة لتلعب بها ، ولكن المرآة المعلقة فوق الحوض آثارت اهتمامها أكثر وسرعان ما تحول بكاؤها في البداية إلى صرخات سعيدة ثم بدأت أيضا تلعب بالماء وفي ذات الوقت تلعب بالرشاشة في الفناء وكانت الخطوة الرابعة والاخيرة هي اعطاء مرجريت الحمام أثناء تبديل ملابسها في حوض الحمام وبماء جار. وقد عارضت ذلك في البداية بالصراخ ولكن الاحضان الابوية والحزم أوقفاها عن البكاء بعد يومين. وقد شفيت "مرجريت" بعد شهر واحد من العلاج وأصبحت تلعب بشكل طبيعي واختفى خوفها من الصنابير والاحواض ، بل أنها أيضا أبدت سلوكا مرحا باللعب في الماء فكانت تجري بحماس إلى البركة الضحلة في الفناء الخلفي وتطرطش الماء من حولها في سعادة بالغة .. ولم يعد هناك شك في أن مخاوفها الاصلية قد اندثرت تماما. ويعلق بعض الكتاب فيما بعد على حالة مرجريت بأنه : " لو أن تلك الحادثة التي تعرضت لها هذه الطفلة حدثت قبل ذلك التاريخ بخمسة أو عشرة أعوام فانها من المؤكد لم تكن لتلقى رعاية مهنية تساعدها على الخروج من أزمتها" (٦)

وبالرغم من أن هذه الحالات التي عرضنا لها يبدو عليها جميعا طابع البساطة .. فمصادر الخوف معروفة .. والاستجابة كانت سريعة .. فاننا سنبين في

ثانيا هذا الكتاب بانه من الممكن تعميم نفس هذه المبادىء النظرية على حالات اكثر تعقيدا .. حالات لاتكون فيها مصادر القلق والخوف ذات مصدر واحد كما في حالة الصغير ألبرت أو الطفلة مرجريت ... بل يتكون القلق فيها من عدد من العناصر ، وقد لاتكون هذه العناصر متشابهة دائما .

ان معطيات هذا الاسلوب الايجابية في الحالات البسيطة والمعقدة على السواء يوحي دون شك بأن هذا الاسلوب يؤدى إلى فوائد علاجية وتغيرات ملموسة وثابتة لدى عملاء العيادات النفسية ممن يعبث القلق بحياتهم عبثا ملحوظا

خطوات عملية – علاجية

لاجراء التطمين المنظم

تتكون طريقة اجراء التطمين عادة من أربع مراحل هى :

١ – تدريب المريض على الاسترخاء العضلى .

٢– تحديد المواقف المثيرة للقلق .

٣– تدريج المنبهات المثيرة للقلق .

٤– التعرض لاقل المنبهات المثيرة للقلق (أما بطريق التخيل أو في مواقف حية) مع الاسترخاء ، ثم التدريج لمواقف أكثر إثارة لقلق فاكثر ..

وفيما يلى بعض التفاصيل عن كل مرحلة :

أولاً : تدريب المريض على الاسترخاء (بالشكل الوارد في الفصل الخامس) وعادة ما يستغرق عشرين دقيقة في كل جلسة من الجلسات العلاجية الست الاولى .

ثانيا: تحديد المنبه الرئيسى المثير للقلق :(هل هو خوف من الاماكن المغلقة ؟أم ، خوف من الحديث أمام الناس ؟، خوف من التعبير عن العدوان ؟، خوف من تأكيد الذات ؟.. الخ) .

وبالرغم من أن تحديد المواقف التي تستثير القلق قد يبدو يسيرا ، الأن هناك نقاطاً حيوية يجب التنبية لها . ذلك لان طالب العلاج في كثير من الاحيان قد يفصح عن شكوى أو مشكلة دون أن تكون هي المشكلة الرئيسية في حياته . فالكثيرمن الشكاوى الظاهرة قد تغطي اضطرابات أنفعالية لم نعبر عنها صراحة(٧) . وكمثال لذلك حالة (ب) مهاجر مصري للولايات المتحدة الامريكية في الاربعين من عمره ، يقيم في الولايات المتحدة منذ سبعة أعوام. متزوج وله خمسة أطفال . يعمل في شركة مشهورة منذ تاريخ وصوله للولايات المتحدة . وقد دل تاريخه في العمل على نجاحه وتفوقه طوال هذه المدة . جاء يطلب مشورة الكاتب لانه في الفترة الاخيرة قد بدأ يكره عمله ، وأنه يفكر في تركه .. بالرغم من أنه لم يجد عملا اخر بعد وانه فيما يعبر يشعر بأن " كابوسا يكبس عليه " عندما يخرج من منزله كل صباح إلى مكان العمل .

وبالرغم من أن هذا القلق قد يعبر عن قلق شائع لدى الكثيرين وهو قلق العمل. الأنه بسؤال (ب) تبين أن قلقة يقوم على قلق اخر وهو عجزه عن تأكيد نفسه في العمل، خاصة مع رئيسه وزملائه الامريكيين في العمل الذين ـ كانوا يصفهم ـ أقل منه بكثير من حيث الكفاءة في أداء العمل.

من المهم أذن أن نتبين أن الاسباب الرئيسية وراء القلق المباشر الذي يبثه طالب العلاج لمعالجه قد يكون كثير من الاحيان أهم من حيث دلالاته العلاجية ،

والتنبه لذلك ضروري ويوفر على المعالج وعلى المريض على السواء جهدا ضخما . لذلك فأن الخطوة الاولى التي يجب التنبه لها عندما تثور حساسيتنا المرضية نحو بعض الاشياء أن نحدد ما إذا كان ذلك القلق أساسيا أم ثانويا (أي راجعا لاسباب أخرى أساسية).

ولنتأمل هذه المحادثة التالية بين معالج نفسي وشاب في الثانية والثلاثين من العمر. يعمل مهندسا كهربائيا . وقد جاء يطلب النصيحة بصدد قلق عنيف بدأ يتملكه عندما يجد نفسه في مكان ضيق. ويبين سير المحادثة الآتية أن خوفه من الاسانسيرات انما هو خوف ثانوي يداري به قلقا أساسيا متعلقا بحياته الجنسية مع زوجته الشابة .

المريض : لدي خوف من الاماكن الضيقة.

المعالج : أوضح أكثر؟.

المريض : أشعر بقلق ، وبالعجز عن التنفس. واحيانا تسوء حالتي واضطر للخروج جريا لاستعيد قدرتي على التنفس واستنشاق هواء نقي شيء فطيع.

المعالج : أريد أن أعرف شيئين أساسيين. متى بالضبط ، واين تشعربهذه الحالات. لنبدأ بمتى بدأت هذه الحالة تظهر لديك ؟ .

المريض : (يفكر).أنا سني الان ٣٢ سنة (يحاول أن يحسب) بدأت أشعر بهذه الاشياء في التاسعة والعشرين .

المعالج : يعنى بدات منذ حوالي ثلاث سنين.

المريض : نعم تقريبا .

المعالج : كيف كان حالك في تلك الفترة ؟: يعني هل كانت هناك مشكلات مختلفة منذ ثلاث أو أربع سنوات ؟.

المريض : لاأظن . كنت عاديا وأنا أستقل الاتوبيس من المنزل للعمل كل يوم . لم تكن هناك مشكلات .

المعالج : طيب ما الذي حدث منذ ثلاث سنين في تصورك ؟

المريض : مجرد شعور بأنني خائف ومشدود الاعصاب . بدأ ذلك لاول مرة عندما كنت أستقل الاسانسير وكان مزدحما والجو فيه حار وخانق . لذلك تركته وأخذت الدرج . لكنني بدأت بعد ذلك اتجنب حجرة الإجتماعات لانه لم تكن بها نوافذ. وعندما كنت اضطر لحضور اجتماع فيها كنت أشعر بالضيقوالاختناق . وحاولت أن أتعاطي بعض المهدئات ، ولكن دون فائدة . وحتي الآن لازلت أبقي كرسي مجاورا للباب حتي أذا أحسست بشيء ما أستطيع أن أهرب سريعاً، لاأدرى لم؟ ذهبت للدكتور فقال إنه عداوة مكبوتة .

المعالج : وهل أفادك هذا التفسير شيئا ؟ أعني ما الذى فعلت به ؟

المريض : لاأدري .. لم أعرف ماذا أفعل به .

المعالج :حتى أنا لاأدري! ..علي أية حال دعنا الان نرجع بالذاكرة قليلا إلى ماكان يحدث في حياتك منذ ثلاثة أعوام. لا أعني خوفك من الاماكن الضيقة ، لكن أي حوادث عامة أو خاصة حدثت آنذاك ؟

المريض : تعني أي شيء.

المعالج : نعم أي شيء تذكره.

المريض : هـه. دعني افكر لحظه (همهمة .. تنهد) منذ ثلاث سنين ؟ لقد تزوجت منذ ثلاث سنين. غير اني لا أ رى هناك أي علاقة بين ما حدث آنذاك وبين ما أنا فيه الآن .

المعالج : هل تعتقد أن هناك علاقة ما ؟

المريض : لاأرى ذلك ، مجرد اتفاق زمني .. أليس كذلك ؟

المعالج : من الجائز .. غير أنني أشعر أنك تدافع أكثر من اللازم في هذه النقطة .

المريض :لا.. أنني لاأري أيه صلة .

المعالج : أذن هل تعتقد أننا يجب أن نبحث عن الصلة ؟

المريض : أتريد اللف.

المعالج : لاأعني.

المريض : أنظر ، أنني لاأريد أن اطلق زوجتي .. حتى وان كانت هناك صلة أنا لاأريد الطلاق.

المعالج : ومن يتحدث عن الطلاق

المريض : آه .. يعني

المعالج : اسمعني ..انظر حتي لو وجدنا بعض المشاعر السلبية نحو زواجك لم لاتحاول أن تفكر في علاج هذه المشكلات وأن نخلق لديك شعورا بحرية الحركة من خلال الزواج بدلا من الانفصال والهدم؟ .. أعني أننا لم نكتشف بعد وجود صلة ما بين زواجك ومخاوفك من الاماكن الضيقة. قد نجد تلك الصلة أو لانجدها. لكن اذا كنت تشعر أن هناك مشكلات مافي حياتك الزوجية فلماذا لانحاول مواجهتها وحلها حتى وان لم تكن لها صلة بمخاوفك من الاماكن الضيقة ؟ قد يكونا مشكلتين منفصلتين أو مترابطتين لكن واضح أنك تقفز لاستنتاجات وتتصور أننى ساهدم حياتك الزوجية .أخبرني- علي أية حال - كيف تستجيب زوجتك لمشاعرك بالخوف؟.

المريض : متفهمة للغاية.

المعالج : جائز أنها متفهمة أكثر من اللازم ؟

المريض : ماذا تعني ؟

المعالج : جائز أنها بتفهمها تشجعها فيك.

المريض : لا أظن.

المعالج : على اية حال دعني أسال سؤالا ثانيا : حدثنى عن علاقتك الجنسية بزوجتك ؟

المريض : سؤال غريب حقا (لحظة صمت) الحقيقة أننى الان لاأحتمل الاتصال الجنسي بها .. وأشعر بأنني على وشك السقوط.

المعالج : بماذا تشعر بالضبط؟.

المريض : دعني أتذكر. اشعر كأنني في مصيدة وكأني مضغوط عليه .. عاجز عن التنفس ومختنق .

المعالج : لدي احساس أن زوجتك رغم حبك لها من النوع المسيطر كانت ولا تزال مسيطرة. لهذا أري أننا نستطيع علاج خوفك من الاماكن المغلقة لو نجحنا في علاج مشكلاتك معها اننى أرى بوضوح بعض الجوانب السلبية بينك وبين زوجتك. لهذا أريد أن أراكما في المرة القادمة معا حتى نصل سويا إلى وسيلة أفضل لتحسين علاقتكما (٨)

هنا نلاحظ أذن أن الشكوى المباشرة جزء من مشكلة أعمق تتعلق بحياة المريض وعلاقاته الإجتماعية الزوجية الخاصة لهذا يجب أيضا أن تتضمن خطة العلاج التركيز على تلك المشكلات ولهذا فلا بد في كثير من الاحيان من معالج نفسي ماهر يساعد عميله من خلال الاسئلة الذكية والصريحة إلى التوصل للب المشكلة الحقيقية.

ويمكن بالطبع التوصل بذلك من خلال عدد من الوسائل منها : الاسئلة الاستكشافية التي يسألها المعالج ، ومنها الاطلاع على تاريخ حياة الشخص وسؤاله عن الملابسات التي صاحبت ظهور اضطراباته ... فقد تكون هذه الملابسات هي السبب الرئيسي للقلق (كما في حالة الشاب السابق الذي ظهرت مخاوفه من الاماكن الضيقة مصاحبة لزواجه) .. ويمكن أخيرا استخدام استخبارات الشخصية.

ثالثا : تدريج المنبهات المثيرة للقلق.. موقفا موقفا :

بعد أن نتمكن من حصر جوانب القلق الرئيسية التي سنعالجها وبعد أن يتم لنا الحكم بأن تلك المواقف رئيسية وليست هامشية تبدأ مرحلة أخرى من العلاج. يضع المعالج المواقف المثيرة للقلق في قائمة مدرجة ، أي قائمة من المواقف التي تستثير القلق في حياة المريض بدرجات متفاوتة ، بحيث يوضع الموقف الذي يستثير أعلى درجة من القلق أو الخوف في أعلى تلك القائمة ، ويوضع أقلها استثارة في أسفل القائمة. أما الحكم بهذا التدريج فهو يتوقف على الشخص نفسه بالطبع ، اذ يطلب منه المعالج أن يرتب فقرات كل موقف من مواقف جانب معين من القلق بطريقة هرمية من القاع إلى القمة بحيث يبدأ بأقل المنبهات آثارة للخوف ويصعد إلى أشدها إثارة. ولنتأمل كمثل من أمثلة الترتيب التدريجي نوعين من المخاوف هما الخوف من الامتحانات ... والخوف من الرفض الإجتماعي.

أ - ففي حالة الخوف من الامتحان يمكن أن تدرج المنبهات المثيرة للقلق وفق هذا الترتيب :

١- شهر قبل الامتحان

٢- أسبوعان

٣- أسبوع قبل الامتحان

٤- خمسة أيام قبل الامتحان

٥- أربعة أيام

٦- ثلاثة أيام

٧- يومان

٨- يوم واحد قبل الامتحان

٩- في الطريق إلى الجامعة يوم الامتحان

١٠- أنتظار فتح صالة الامتحان

١١- في انتظار توزيع ورق الاسئلة

١٢- ورقة الاسئلة مقلوبة

١٣- قراءة ورقة الاسئلة.

ب - الخوف من كراهية الناس (الرفض) :

١- التقدم لطلب عمل يحتاج لاجراء مقابلة شخصية.

٢- الوجود في تجمع أو حفل من أربعة أشخاص.

٣- الابتعاد عن النشاط الإجتماعي لمجموعته.

٤- مخاطبة مجموعة من الاشخاص.

٥- شخص اخر يحاول أن يتلمس له العيوب.

٦- تهكم من الزوج (أو الزوجة) والاصدقاء.

٧- تعليقات استهزاء من الاصدقاء.

٨- تعليقات من الزوجة (أو الزوج) تدل على التقليل من شأن الشخص (أي إستهزاء).

والذي يجب تأكيده على أية حال أن وضع هذه التدريجات يتوقف على الشخص نفسه ، بمعنى أنه لايجوز تطبيق التدريجات السابقة آليا على أي شخص حتى ولو كانت مخاوفه من نفس النوع. فعلى سبيل المثال قد يجيء شخص للعلاج النفسي .. وكلاهما يعبر عن قلقه واضطرابه عند الحديث أمام الناس .. الا أن سؤال كل منهما عن الشروط المحيطة بهذا القلق قد تبين أن أحدهما يتوقف ظهور قلقه في هذه المواقف على نوع الاشخاص الحاضرين (الرؤساء أو الآباء أو نماذج السلطة) . أما الآخر فقد يتوقف قلقة على حجم المجموعة الحاضرة. وعلى هذا فان تدريج قلق الشخص الاول يجب أن يراعى تدريج نماذج السلطة :

١- الحديث أمام أشخاص غرباء

٢- الحديث أمام الجيران

٣- الحديث أمام الزملاء

٤- الحديث أمام الآباء

٥- الحديث أمام المدرس (أو الرئيس)

٦- الحديث أمام هيئة التدريس بكاملها

أما في حالة الشخص الاخر فان التدريج يجب أن يشمل حجم الجماعة التي يتحدث أمامها الشخص :

١- الحديث مع شخص من نفس الجنس

٢- الحديث مع شخص من جنس آخر

٣- الحديث مع شخصين

٤- الحديث مع ثلاثة أشخاص أو أربعة

٥- الحديث أمام مجموعة من الناس

كذلك قد يتفاوت تدريج منبه معين من شخص إلى اخر فالحديث أمام الآباء قد يمثل درجة أكبر من القلق بالمقارنة بالحديث أمام المدرسين عند البعض. بينما يحدث العكس عند البعض الآخر. وبالمثل قد تشكل العلاقة بالزوج أو الزوجة عند البعض بالمقارنة بالبعض الاخر مشكلة أشد من العلاقة بزملاء العمل أو الرؤساء (٩).

أضف إلى هذا أن ترتيب تدريج معين بالنسبة لشخص واحد قد يختلف من فترة إلى أخرى. فما كان في الشهر الماضي يحتل وزنا أكبر قد يتضاءل وزنه في الوقت الراهن.

لهذا من الافضل أن تكتب مدرجات القلق لكل شخص على حده وبعد تساؤل واستفسار عن كل الشروط المحيطة. ومن الافضل كتابة هذه التدريجات بالقلم الرصاص حتى يسهل تعديلها أو التغيير في ترتيبها.

رابعا : الآن وبعد أن أمكن تدريج الموقف (أو المواقف) المثيرة للقلق، وبعد أن يكون المريض قد تدرب على الاسترخاء يصبح الطريق ممهدا للدخول في اجراءات العلاج. وتنحصر اجراءات هذه المرحلة في أن نطلب من المريض وهو

في حالة من الاسترخاء العميق والهدوء أن يتصور نفسه ، مستخدما قدرته على التخيل إلى أقصى حد ، وهو في الموقف الذي يثير أقل درجة من القلق في البداية. والمثال الآتي يوضح الاجراءات التى يستخدمها المعالجون عادة .. لعلها تمنح القارىء بعض البصيرة في التطبيقات العملية للعلاج النفسي. وهذا المثال هو وصف لإجراءات هذا الاسلوب مع فتاة مصابة بعصاب الخوف الشديد من الامتحانات بصورة أدت لرسوبها مرات متكررة بالرغم من استعدادها الجيد ، وإرتفاع متوسط ذكائها :" سأطلب الأن أن تتخيلى بعض المواقف والصور . حاولى أن تجعلى خيالاتك حية كأنها حقيقية . ركزى ذهنك فيها . من الجائز بالطبع أن تتدخل في حالة الاسترخاء التى تتملكك الآن. لكن اذا أحسست في أي لحظة بأنك مشدودة فما عليك الا أن تشيري بيدك اليسرى ... جميل " .

" والآن تخيلي نفسك وأنت تقفين في شارع مألوف. اليوم جميل وساطع، ويمتد أمامك مشهد الشارع كله. العربات والموتوسيكلات ، والدراجات، والناس وعلامات المرور والاصوات (انتظار ١٥ ثانية). جميل! والآن توقفي عن هذا التخيل وعودي ثانية لحالة الاسترخاء. اذا كنت قد شعرت بأي نوع من التوتر بسبب التخيل الذي قمت به الآن فارفعي اصبعك (لاترفع أصبعها) ..والآن تخيلي أنك تجلسين في منزلك تذاكرين في المساء. اليوم هو ٢٠ في الشهر وباق حوالي شهر للامتحان (انتظار ٥ ثوان) . والآن توقفي عن التخيل وعودي لاسترخائك .. استرخاء أعمق (انتظار ١٠ ثوان). مرة أخرى تخيلي نفسك من جديد في منزلك تذاكرين ولم يبق على الامتحان الا شهر (انتظار ٥ ثوان). توقفي الآن عن هذا التخيل وعودي لاسترخائك. أرخ عضلاتك جميعها ودعي نفسك وحاولي أن تتذوقي الراحة التي تتملكك (١٥ ثانية). والآن تخيلي من جديد نفسك تذاكرين

قبل الامتحان بشهر (انتظار ٥ ثوان). توقفي الآن عن التخيل ولا تفكري في أي شيء اخر غير جسمك (٥ ثوان). اذا كنت قد أحسست بأي قلق فأشيري باصبعك (ترفع المريضة الآن اصبعها). اذا كان قلقك في المرة الثالثة أقل من المرة الثانية والاولى فاستمري كما أنت. أما اذا لم يكن هناك أي تغير فأشيري باصبعك (لاترفع اصبعها). جميل أذن ابق في إسترخاء (١٥ثانية). الان تخيلي نفسك على كرسي في داخل اتوبيس وبجوارك شخصان يثرثران مع بعضهما (١٠ ثوان). الآن توقفي عن هذا التخيل وعودي إلى ما أنت فيه من إسترخاء(١٠ثوان). الان تخيلي نفسك من جديد وأنت تجلسين في شرفة المنزل ومن أسفلك في الشارع يسير شخصان يتجادلان في احتداد (١٠ ثوان) *. توقفي الان عن هذا. سأعد من واحد حتى خمسة وستفتحين عينيك وتشعرين بمنتهى الراحة والهدوء".

ويعلق " ولبي ولازاروس" على هذه الحالة بالعبارة الآتية :

وتبتسم وكأنها استيقظت من النوم. وفي إجابتها على الاسئلة التي سألناها بعد ذلك ، بينت أنها تشعر بمنتهي الهدوء، وأن المشاهد المتخيلة كانت في منتهي الوضوح. كذلك قررت أنها شعرت بقليل من القلق عند تخيل مشهدى

---

* تفضل هذه الصورة بدلا من الصورة التى وضعها المؤلفان في المثال الاصلي وهي " تخيلي نفسك تجلسين على كرسي في محطة اتوبيس.. واثنان من العمال يتكلمان ويتناقشان " . وعلى أية حال من الممكن التعديل من محتوى التخيل بحيث ينقل للشخص مشاعر هادئة تتناسب مع الاطار الحضاري . وفي كل الأحوال يجب أن يكون التخيل من النوع المحايد الذي لايثير انفعالات قد تعوق الاسترخاء .

المذاكرة والمشادة ، وبالرغم من أن القلق تضاءل في حالة التكرار ، فانه لم يصل في كل الاحوال لدرجة الصفر ".

بعض المشكلات التي تحيط باستخدام هذا الاجراء :

من المشكلات الرئيسية التي تواجه استخدام التطمين المتدرج هذا اعتماده الرئيسي على آثارة الصور الذهنية والخيال لدى المريض. وتوضح البحوث – لسوء الحظ – أن هناك فروقا فردية ضخمة في مقدار اليسر والسهولة التي يستطيع بها البشر أن يتحكموا في آثارة هذه الصور الذهنية . البعض يستطيع ذلك بسهولة كما في الحالة السابقة ، والبعض يعجز عن ذلك خاصة المرضى العقليون. وبالرغم من أن الحلول التي تقدم لهذه المشكلة ضئيلة ، الاأنني وجدت أن التدريب المستمر في الجلسات الاولى على آثارة صور ذهنية محايدة ، وقصيرة تؤدي لبعض الفوائد . كذلك أجد أن سؤال المريض بأن يفتح عينيه وأن يوجهها لبعض المنبهات التي اكشفهاله مثل القلم الرصاص ، والسيجارة .. الخ ثم ان يحاول ان يغلق عينيه وأن يتخيل نفس هذه الاشياء بعد اختفائها مع تكرار ذلك على منبهات أخرى وبصورة متلاحقة يؤدي أيضا إلى قدر مماثل من النجاح في تدريب المريض على التخيل.

وهناك طريقة أخرى تقوم على تشجيع المريض للانتباه لاحساساته الحالية. أو لحوادث مباشرة من الذاكرة . ويؤدى ذلك أن يطلب من المريض أن يعيش ذهنيا في الموقف المتخيل ، وأن يراه كما لو كان يحياه بالفعل الان ليس كمجرد متفرج من الخارج .

ومع ذلك فانه يبدو أن هذه المشكلة قد بولغ فيها . فبالرغم من صحة قوانين الفروق الفردية ، بهذا الصدد الا أنني لم أجد حالة تعجزعن التخيل. وفي الحالات القليلة النادرة التي حدث فيها هذا، كان ذلك بسبب عوامل أخرى كاستهانة المريض بالاسلوب ، وتشتت انتباهه ، وعدم تركيزه واتجاهه نحو المعالج. كذلك أجد أن الطريقة التي يقدم بها المعالج هذا الاسلوب تلعب دورا أساسيا في اقتناع المريض به، وبالتالي سهولة اندماجه في التخيل.

مشكلة أخرى تثيرها هذه الطريقة فقد لاحظنا أن المعالج يطلب من عميله أن يتخيل الموقف تدريجيا .. فهو لايأخذه كما في حالة المرأة ـ الميدان، أو الطبيب ـ الجزع إلى المواقع الحية التي تستثير القلق. والاعتماد على التخيل يثير لهذا السبب بعض التحفظات . فهل تؤدي اثارة المواقف المخيفة بطريق الصور الذهنية والخيال إلى نفس الفاعلية التي يمكن أن يؤدي اليها العلاج في المواقف الفعلية ؟ وهل من الافضل أن نصطحب من يجزع مثلا من الاماكن العالية إلى قمة برج ، أم من الافضل أن نجعله يتخيل قمة البرج ؟

اتجه عدد من الباحثين في الحقيقة إلى المقارنة بين الآثار العلاجية لاسلوب التدريج في عرض مواقف القلق بطريق الخيال ، والتدريج من خلال مصاحبة المريض للمواقف الفعلية من القلق. والحقيقة أن نتائج هذه البحوث متعارضة. فعلى سبيل المثال لم يوجد فرق جوهري بين مجموعتين من المرضى بالخوف من الثعابين عولجت احداهما باستخدام شرائح التصوير الملونة ، وعولجت الاخرى بالتعرض لثعابين حقيقية.

لكن هناك نتائج وملاحظات تشير إلى بعض الفروق في صالح التعرض للمواقف الحية ، خاصة عندما يفشل الشخص في الانتقال من المواقف المتخيلة إلى المواقف الحية. ولكن العلاج في المواقف الحية لايخلو من أثارة بعض المشكلات لانه يتطلب من المعالج الخروج بعميله من المستشفى أو العيادة ، وبالتالى قد يفقد قدرته على ضبط كثير من المواقف والمنبهات العلاجية الاخرى. وماذا لو أن الجزع والخوف ألم بمريضه في تلك المواقف التي كان يتجنبها خشية منها طوال عمره؟ هل نستطيع أن نتحكم فى عملية الاسترخاء وبعث الطمأنينة ؟

لكن تعريضه لمواقف حية ومع كل هذه التحفظات يكون ضروريا أحيانا خاصة بين المرضى الذين يعانون بعض المشكلات في تخيل المواقف المثيرة للتهديد بوضوح كاف. كذلك في حالات المرضى الذين يعجزون عن التحديد النوعى والواضح للمشكلات والمنبهات المثيرة لمخاوفهم مالم يتعرضوا مع المعالج لمواقف حية مختلفة تساعد كليهما على صياغة المشكلة للعلاج. وفي حالات الإكتئاب نجد من المعالجين من ينصح بالعلاج في المواقف الحية لان تعويد المريض على مواجهة هذه المواقف يعتبر في حد ذاته ذا تأثير علاجى واضح بغض النظر عن علاج مشكلات القلق من خلال التدريج الحى.

ونضيف أن هناك ميزتين علاجيتين أخريين لاسلوب التدريج في مواقف حية. فمن ناحية نجد أن ممارسة المريض لانواع من النشاط فى الحياة اليومية (التى كانت متعطلة قبل ذلك) قد تثير دوافعه وبالتالى تساعده على

أعادة ادراكه وصياغته لمشكلته من جديد ، مما يؤدى إلى احتمالات علاجية أقوى. ومن ناحية ثانية فان المعالج قد يستطيع أيضا أن يلاحظ بعض أساليب المريض في التفاعل الإجتماعى التى تؤكد كثيرا من الانماط غير المرغوبة فى سلوكه وبالتالى يستطيع المعالج مباشرة أن يغير من هذه الاساليب .

التطمين المتدرج وحدود تطبيقه :

منذ أن أبتكر هذا الاسلوب وهو يستخدم بنجاح فى علاج المخاوف المرضية. وحتى فى هذه الحالات لابد من وجود شروط أخرى لكى يمكن استخدام هذا الاسلوب بنجاح منها :

١- أن لاتعود المخاوف المرضية على الشخص بأى مكاسب أساسية أو ثانوية ، وعلى هذا فمن الصعب علاج طفل أو شاب أو بالغ من بعض المخاوف (كالظلام أو المرض، أو الامتحان) طالما أن ذلك يؤدى إلى استجابات مرغوبة لديه من قبل والديه (زيادة الحب ، العطف الشديد ، تلبية رغبات لم تكن ملباه من قبل.. الخ) ؟.

٢-أن تكون مخاوف الشخص محصورة فى المواقف التى تثيرها وليست بسبب عوامل اجتماعية أخرى. وقد رأينا أن من العبث علاج المريض بالمخاوف من الاماكن الضيقة بوضع تدريج الاماكن ، بالرغم من

أن مخاوفه ناتجة أساسا من قلق الانحصار فى علاقات اجتماعية ضيقة وغير مرغوبة .

٣- أن يكون الشخص ممن يتناقص قلقهم أثناء الاسترخاء.

٤- أن يكونوا من المقتنعين بفائدة الاسلوب.

أما من حيث الاشكال الاخرى من الإضطرابات الإنفعاليه فان أسلوب التطمين التدريجى لايؤدى إلى نتائج ايجابية الا اذا استخدم مع أساليب أخرى. وكمثال لنجاح أسلوب التطمين التدريجى فى هذا الاطار استخدامه فى التقليل من الآثار الإنفعالية للذكريات القديمة غير السارة كما تظهر لدى حالات المكتئبين الذين قد يجدون فيها أحزانا تضاف إلى احزانهم. ويكون ذلك بأن نطلب من الشخص وهو فى حالة من الاسترخاء العميق أن يتذكر بعض الحوادث الحزينة ، أو المخجلة فى حياته ، والتى تكون لها آثار انفعالية قائمة حتى الان إلى تتحيد مشاعره نحوها (١٠).

وهذا الاجراء الاخير فضلا عن دوره فى كف الاستجابات الإنفعالية القديمة كالخوف ، والخجل ، والقلق من خلال الاسترخاء يساعد على اعطاء المريض منظورا ادراكيا ، وأسلوبا شخصيا جديدا لاعادة ادراك تلك الاشياء القديمة ، بالتالى التخفف من آثارها الإنفعالية المستمرة. فقد ينتهى تذكر ذلك بالمريض إلى أن يدرك أن هذه الحوادث كانت تافهة .. أو أنها غير مهمة .. أو " أننى لاأهتم ولا أكترث لذلك " لكن الوصول بالمريض لهذه

الاستجابات الصحية قد يتطلب وضع تدريج للذكريات المؤلمة وطلب تخيلها أثناء الاسترخاء مع الدحض العقلى والمنطقى أثناء آثارتها *.

ولعل ما نستنتجه من كل ذلك بشكل عام هو أن نحذر من الاستخدام الآلى لهذا الاسلوب أوأى أسلوب علاجى على الاطلاق فلكل حدوده ومجالات تطبيقه. والمعالج النفسي الناجح هو الذى يعرف نفسه بكثير من الاساليب وبكثير من المرضى حتى يختار الاسلوب الملائم فى الوقت الملائم ومع الشخص الملائم ونوع الإضطراب الملائم (١٠).

---

* يستخدم هذا الاسلوب كذلك للتقليل من الاثار الإنفعالية التى تصيب الاشخاص عند الانتقال من مجتمع إلى مجتمع أخربسبب الهجرة أو الدراسة أو البحث عن العمل .. وذلك بحث الشخص وهو فى حالة استرخاء عميق على تخيل الحوادث أو الاشخاص الموجودة فى المجتمع الاصلى والتى تستثير الأحزان والإكتئاب إلى أن تصبح نظرتنا نحوها أكثر واقعية .. مع تدريج المواقف التى تستثير الإكتئاب والقلق فى المجتمع الجديد وحث الشخص على تخيلها من خلال الاسترخاء مع الدحض العقلى لاتجاهنا السلبى نحوها .

الخلاصـــة

التـخلص من الإضطراب والقلق بالتـعـرض التـدريجي للاشـيـاء أو الموضوعات التى تثيرهما كان ولا يزال من الفنون الرئيسية التى تتجه لها بديهة الإنسان العادى وحكمته. وطريقة التطمين التدريجى التى يلجأ لها المعالج الحديث تقوم على نفس المبدأ، أى التشجيع على مواجهة مواقف القلق والخوف تدريجيا ،إلى أن تتحيد مشاعرنا الإنفعالية الحادة (العصابية) نحو تلك المواقف. وقد عرف المعالجون السابقون هذا الاسلوب كما عرفه المعالجون المحدثون. ويعتبر مبدأ الكف المتبادل بمثابة الاساس العلمى الذى قدمه علم النفس الحديث لتفسير نجاح هذا الاسلوب. فاذا نجحنا فى استثارة استجابة معارضة للقلق (كالتطمين التدريجى) فى حالة وجود الموضوعات المثيرة له ، يمكن أن يؤدى ذلك إلى كف كامل للقلق وبالتالى يختفى ويتناقص بعد ذلك. ويتطلب اجراء التطمين المتدرج مراحل منها تحديد المواقف التى تثير المخاوف الرئيسية للشخص ، ثم تدريج كل موقف منها على حده فى قائمة تبدأ بأقل المنبهات آثارة للخوف فى الموقف مع الصعود إلى أشدها آثارة ، ثم يصبح الموقف معدا لاجراء العلاج بعد ذلك بأن نطلب من الشخص وهو فى حالة استرخاء وهدوء أن يتخيل نفسه فى الموقف الذى يثير أقل درجة من القلق فى البداية مع تهدئته إلى أن تتحيد مشاعره نحو الدرجات المنخفضة ثم يبدأ الانتقال للمواقف الاشد وهكذا حتى تنتهى القائمة. وهناك طريقه أخرى تقوم على اصطحاب المريض لمواقف الخوف الحية بدلا من تخيلها. ولكل طريقة عيوبها ومزاياها ، ولو أن

الجمع بين الطريقتين ممكن ومرغوب. وبالرغم من أن هذا الاسلوب يقتصر على علاج المخاوف المرضية الا أنه يصلح أيضا فى علاج بعض حالات الإكتئاب خاصة عندما يكون الإكتئاب استجابة شديدة لحادثة خارجية محددة كفقدان قريب أو عمل، أو متعلقا بأحزان محددة فى الماضى. ونسبة نجاح هذا الاسلوب فى علاج المخاوف المرضية تصل إلى ما يقرب من ٨٩٪. غير أن نجاح استخدام هذا الاسلوب يتوقف على تدريب الشخص على الاسترخاء العميق عند عرضنا له في الفصل الخامس.

مراجـــع وتعليـــقات

١- للمزيد من تفاصيل حالة " ألبرت " أنظر :

Watson, & Rayner, R (1920) : Conditioned emotional reactions ***Journal of Experimental psychology***, Vol. 3 pp. 1-14.

٢- يعود الفضل فى علاج " بيتر " لجهود المعالجة السلوكية مارى كوفر جونز Cover Jones التى كانت تنتمى لتفكير " واطسون " ويلاحظ أن، المنهج الذى استخدمته كان أول منهج يستخدم أسلوب التدريج فى التعرض لموضوعات مبكرة بأساليب التطمين التدريجى الحديثة. أنظر :

A. Jones, Mary Cover (1924) : The elimination of children fears. ***J. of Experimental Psychology***, Vol. 31, pp. 308-315.

B. Jones, M. C. (1925): A laboratory study of fear : The case of Peter. ***Pedagogical Seminar***, Vol. 31, pp.308-315.

٣- للمزيد عن مبدأ الكف المتبادل وتطبيقاته فى العلاج النفسى أنظر:

Wolpe, J. (1958) : ***Psychotherapy by reciprocal inhibition***. Stanford University Press.

٤- للمزيد عن إستخدام أسلوب التطمين التدريجى فى علاج المخاوف المرضية التى توجد لدى المرضى العقليين أنظر:

Hagen R. (1975) : Behavioral therapies and the treatment of schizphrenics. ***Schizophrenia Bulletin***, No. 13. pp. 70 - 96 .

٥- هناك وصف كامل لحالة المرأة - الميدان فى:

Lazarus, A. (1971) : ***Behavior therapy and beyond***. New York : Mc. Graw-Hill.

٦- تفاصيل حالة الطفلة "مارجريت" وردت فى الترجمة العربية لكتاب :

أيزنك، ***الحقيقة والوهم فى علم النفس***، ترجمة قدرى حفنى ورؤوف نظمى

القاهرة : دار المعارف، ١٩٦٩, ص١٤٨-١٤٩.

٧- بالرغم من أن المعالجين السلوكيين كانوا لايهتمون الا بالشكاوى الظاهرة وذلك منذ عشرين أو خمسة وعشرين عاما . الا أنهم بدأوا حاليا يتنبهون إلى أن الشكوى الظاهرة تغطى فى بعض الاحيان اضطرابات انفعالية أساسية. وان هذه الإضطرابات الإنفعالية قد تكون أكثر خطرا من الشكوى الظاهرة ..

للمزيد عن ذلك أنظر :

Lazarus, A (1971) : ***Behavior therapy and beyond.*** New York Mc Graw-Hill.

٨- ورد هذا الحوار فى المرجع السابق. وقد تمت الترجمة مع بعض التصرف.

٩- للمزيد عن تدريجات عدد كبير من الإضطرابات الإنفعالية يمكن للقارئ النظر إلى :

Wolpe, J, & Lazarus, A, (1966) ***Behavior therapy techniques: A-guide to the treatment of neurosis*** Oxford : Pergamon Press.

١٠- يأخذ كثير من المحللين النفسيين على منهج التطمين التدريجي التركيز على الأعراض الظاهرة فقط دون الإضطرابات الكامنة. ومن رأيهم أن الخوف يعكس اضطرابا أعمق فى الشخصية .. فاذا ما عالجنا الخوف المرضى من مكان أو شخص أو شئ معين دون أن نعالج الإضطراب الإنفعالى فان المريض قد ينتكس أو يستبدل أعراضا مرضية ، بأعراض مرضية أخرى.

لكن هذا لم يحدث فى حياة المرضى الذين عولجوا .. أي أنه لم يحدث أنهم استبدلوا أعراضاً بأعراض أخرى .. مما يدل على خطأ الفرض التحليلى النفسى فى هذه النقطة. للمزيد عن هذه النقطة أنظر :

Eysenck, J, J, (1978) : ***You and neurosis.*** Glasgow : William Collins, p, 100 - 111.

ومن رأى ايزنك أن علاج الأعراض الظاهرة يؤدى إلى شفاء كامل ودائم.

مراجع عامة عن أسلوب
التطمين التدريج

فضلا عما ورد فى النقاط السابقة من مراجع وكتابات .. فأننا نقترح على القارئ الذى يبغى التعمق فى هذا الموضوع الرجوع لعدد من الكتب والمقالات التى تصف له بالتفصيل الاجراءات التى يجب إستخدامها أثناء التطمين التدريجى . ونعتقد فى فائدة هذه المراجع خاصة لمن يمارسون أوسيمارسون العلاج النفسى من الأطباء والاخصائيين:

a. Lazarus, A. (1971) : ***Behavior therapy and beyond***, New York : McGraw. Hill .

b. Lazarus, A. (1972) : ***Clinical behavior therapy***. New York : Brunner Mazel.

c. Masserman, J. H. (1975) : ***Behavior and neurosis***. Chicago: University Chicago Press.

d. Meyer, V. & Chesser, E. (1971) : ***Behavior therapy in Clinical psychiatry***. London : Penguin Books.

e. Paul, G.L. (1969) : Outcome of Systematic desensitization 1 : Background, Procedures and Uncontrolled Reports of Individual treatment. In Cyril Franks (ed.)***Behavior therapy : Appraisal and status***. New York : Mc-Graw-Hill, pp. 63 - 104.

الفصل الخامس
أسلوب الاسترخاء

يستخدم الاسترخاء فى الطب والعلاج النفسى وعلم النفس الاكلينكى بأساليب متعددة منذ فترة طويلة. ففى سنه ١٩٢٩ أبدى طبيب نفسى اسمه جيكبسون Jacobson اهتمامه باكتشاف طرق للاسترخاء العضلى بطريقة منظمة وفى كتاب مشهور له بعنوان

" الاسترخاء التصاعدى rogressive Relaxation" (٣،٢،١)

قرر أن استخدام هذه الطرق يؤدى إلى فوائد علاجية ملموسة بين المرضى بالقلق. ويجمع علماء العلاج النفسي والسلوكى اليوم على فائدة التدريب على الاسترخاء فى تخفيض القلق وتطوير الصحة النفسية. وفى الولايات المتحدة نجد أن كثيرا من المعالجين النفسيين يستخدمون هذه الاساليب ويطورون أساليب أخرى للتدريب على الاسترخاء. وعلى سبيل المثال يقيم الطبيب النفسى جوزيف ولبى Joseph wolpe نظرية كاملة فى العلاج النفسى تقوم على ارخاء العضلات أرخاء عميقا (٥٤).

ويعتبر أسلوبه بحق من أشهر أساليب الاسترخاء على الاطلاق، بالرغم من أنه يذكر أن منهجه فى الاسترخاء العضلى يقوم على نفس الاسس التى وضعها جيكيبسون، الا أنه يستخدمه كجزء من منهجه العام فى التخفف من الأمراض العصابية بطريقة التطمين التدرجى التى سبق الحديث عنها. ولكى نبين كيف يمكن اجراء الاسترخاء العضلى علينا أن نبين الان السر فى فاعليته ونجاحه فى التخفف من الإضطرابات الإنفعالية والقلق.

لماذا يستخدم الاسترخاء ؟

تبين بحوث علماء النفس الفزيولوجى منذ القرن التاسع عشر أن جميع الناس تقريبا تستجيب للاضطرابات الإنفعالية بتغيرات وزيادة فى الانشطة العضلية. وتتركز بعض هذه التغيرات فى الجبهة . وفى سنة ١٩٥٨ تبين أيضا أن أثارة الإنفعالات تؤدى أيضا إلى توترات فى الرقبة ، ومفاصل الذراعين، والركبتين والعضلات الباسط (*) . كذلك تتوتر حتى عضلات الاعضاء الداخلية كالمعدة ، والقفص الصدرى ، وعندما يتعرض الشخص لمنبهات انفعالية شديدة تزداد الحركات اللاإردية فى اليدين والذراع.

ومن الثابت أيضا أن الزيادة الشديدة فى التوتر العضلى تتوقف أساسا على شدة الإضطرابات الإنفعالية ، خاصة عندما يواجه الفرد بمشكلات تتعلق بتوافقه . ومن المؤسف أن التوتر العضلى الشديد لايساعد بل يضعف قدرة الكائن على التوافق ، والنشاط البناء ، والانتاج ، والكفاءة العقلية . فالاشخاص فى حالات الشد والتوتر والقلق تنهار مقاومتهم وقدرتهم على الاستمرار فى النشاط العقلى والجسمى بسبب عجزهم عن توظيف العضلات النوعية المختلفة توظيفا بناءاً.

لهذا نجد أن الاسترخاء يعرف – بالمعنى العلمى – بأنه توقف كامل لكل الانقباضات والتقلصات العضلية المصاحبة للتوتر . والاسترخاء بهذا المعنى يختلف عن الهدوء الظاهرى أو حتى النوم ، لانه ليس من النادر أن تجد شخصاً ما يرقد على أريكته أو سريره لساعات معدودة لكنه لايكف مع ذلك عن إبداء كافة العلامات الدالة على الاضطراب العضوى والحركى مثل عدم

* على سبيل المثال تبين أن كثيرا من الجنود فى الحرب يفقدون السيطرة على ضبط التبول والتبرز .

الاستقرار الحركى والتقلب المستمر والذهن المشحون بالافكار والصراعات . وإذا كـان الإضطراب الإنفعـالى يؤدى إلى اثارة التـوتر العـضلى فـان من الثابت أيضا أن آثارة التوتر العضلى تجعل الشخص مستوفزا للانفعال السريع فى الاتجاه الملائم لهذه التوترات. فرسم علامات الغضب على الوجه يجعل الشخص سريع الاستجابة للمواقف الإجتماعية بالغضب مثلا. قس على ذلك أي انفعال اخر سلبى ، (كالخوف ، والضيق) أو ايجابى (كالحب ، والسـرور ، والتقبل ...) والعكس أيضا صحيح ، بمعنى أن ارخاء التوترات العضلية ، وايقاف انقباضاتها يؤدى إلى التقليل من الإنفعالات المصاحبة لهذه التوترات. وسنرى بعد قليل كيف يمكن القيام بهذا الاسترخاء.

التوتر العضلى والأمراض النفسية :

في الظروف العـادية ، تشـيع حـالات التـوتر الخـفـيفـة ، والمؤقتـه ، استجابة للمشكلات العقلية والإجتماعية التى تحتاج لدرجة معينة من التركيز والاهتمام وتعبئة الطاقة. غير أن التوتر فى تلك الحالات يعتبر ضروريا للابقاء على الفرد فى حالة من اليقظة ، ولا ينتهى بمضاعفات مرضية مبالغ فيها.

لكن هناك من ناحية أخرى بعض الافراد ممن يعيشون طول الوقت تقريبا فى حالة من التوتر الشديد ، ويصطحب هذا باستثارة فى الجهاز العصبى، من مظاهرها جمود عضلات بعض الاعضاء ، وارتفاع الضغط ، وزيادة نبضات القلب ، واضطراب انتظام التنفس.

ويثبت عدد من الباحثين أن استمرار ارتفاع مستوى التوتر العضلى يظهر بين الاشخاص العصابيين الذين يعانون من حالات الصرع المستمر والقلق.

ويمتلئ التراث السيكلوجى ببحوث عدة تؤكد أن الاستثارة العضوية والعضلية العنيفة تشيع بشكل اكثر فى حالات الأمراض النفسية والعقلية. ففى مقارنة بين مجموعة من الافراد العاديين والمرضى النفسيين تبين أن هذه المجموعة الاخيرة تعانى من الإضطراب والتوتر العضلى تحت كل الشروط. وفى حالات الإضطراب الوجدانى تبين فى مجموعة من الافراد وجود زيادة مبالغ فيها فى بعض الاستجابات التى تنتمى لاطار التوتر العضلى مثل ضعف قدرة الجلد على المقاومة ، وارتفاع النبض ، وضغط الدم ، واضطراب التنفس.

وفى مقارنة أخرى بين فئات من الفصاميين ، والمصابيين بالجنون الدورى (أى الانتقال فى فترات منتظمة من الإكتئاب إلى الهوس والتهيج) ، والعصابيين والاسوياء تبين أن الفصاميين من بين كل هؤلاء يكشفون عن أعلى درجات التوتر العضلى.

وقد يوحى هذا بأن أساليب الاسترخاء يمكن أن تؤدى إلى بعض النجاح فى علاج الإضطرابات الفصامية.

وفى حالات الإكتئاب النفسى تبين الدرسات القليلة بعض النتائج الطريفة. فبالرغم مما يتصف به هؤلاء المرضى من مظاهر التخلف فى النشاط الحسى والحركى (البطء فى الحركة ، والكلام، والاستجابة) الذى

قـد يوحي بأنهم على درجـة أقل من التـوتر والاسـتـثـارة العـضليـة ، فـان مقـارنتهم بمجموعة من الافـراد العاديين على مقاييس التوتر في الجبـهة ، والفكين ، والذراعين والقـدمين بينت أنهم اكـثـر توترا من الاسـوياء. وتبين بحوث مماثلة أن هذا التوتر يختفي أو يتضاءل بعد العلاج النفسي.

أمـا في حـالات القلق والصـراعـات النفـسـيـة ، فـان هناك مـا يشـبـه الاتفـاق على أن أعراض القلق تختلط بالتـوتر العضلي. فعدم الاستـقرار ، والشد ، والاستثارة الزائدة ، والحركة المستمرة كقضم الاظافر ، واللوازم الحـركـيـة ،وفـرك اليـدين .. ألخ، مـا هي الا مظاهر قليلة من الإضطرابات العضـوية والشـائعة في حـالات القلق. وليس من النادر أن يشكو الشـخص في حالة القلق من التوتر في جسمه، والصداع، وآلام الظهر ، وخفقان القلب ، وربما آلام في القدم والساقين ، والذراعين ...الخ.

لهذا يمكن القول أن التوتر لازمة من لوازم القلق وليس مجرد نتيجة له . فضـلا عن هذا فـان هناك مـا يثـبت أن الاسـتـرخـاء العـضلي واسـتـخـدام العقـاقيـر المطمـئنة التي تهدئ من توترات العـضـلات يؤديان إلى انخـفـاض ملموس في حالات القلق.

ومن المعتقد أن الاستجابات الحركية ، واللوازم القهرية التي تشيع بين المرضى العـصـابيين كـالوسـوسـة ،وطقطقـة الاصـابع ، وقـضـم الاظافـر ، والحركات القـهـرية في الفم ، والعين ، والابتـسـامـات غيـر الملائمـة ، مـا هي الأشكال حركية هدفها التخفف من القلق عندما يثور.

هل هناك توترات عضلية نوعية بحسب اتجاه الإضطراب الانفعالي ؟

بينما نجد أن غالبية البحوث النفسية تميل إلى أن تتحدث عن اضطرابات عقلية عامة في الجسم كله مصاحبة للاستثارة الإنفعالية ، هناك بعض الدراسات الشيقة التي تحاول أن تتابع الاستثارة الإنفعالية على أنواع معينة من التوتر العضلي. ويمكن أن نطلق على هذا النوع من بحوث التوتر اسم (نوعية التوترات) فهناك بعض الأفراد ممن تتركز استجاباتهم للقلق والإنفعال في شكل توترات عضلية خاصة ونوعية وليس في الجسم كله. .

وعلى سبيل الامثلة ، هناك ما يدل على أن الصداع ، وآلام الظهر (كأشكال من التوتر العضلي) تشيع لدى الاشخاص الذين يتميزون بالكسل ، والعجز عن الفعل والنشاط.

كذلك نجد من النتائج ما يشير إلى أن المرضى الذين يعانون من توتر عضلات الرقبة ، أو الرأس ، أو الذراع غالبا ما تكون هذه الاعضاء ذات قدر مرتفع من النشاط والفعل قبل ظهور التوترات فيها .

وفي دراسة على ٤٠٠ مريض تبين أن الصداع النفسي (أي الصداع الراجع للتوتر النفسي) يحدث بشكل خاص في حالات القلق.

أما المواقف التي تستثير الاحساس بالصراع ، أو الذنب فإنها غالبا ما تؤدي إلى آلام في الظهر.

وفى دراسة على مجموعة من المرضى من ذوى الاستعداد للاستجابة بالصداع ، وآلام الرأس ، تبين أن مناقشة المواقف الصدمية معهم فى الجلسات العلاجية قد أدى إلى توترات عضلية فى الجبهة.

وهناك أيضا ما يشير إلى أن التوترات العضلية فى الجسم تحدث فى حالة الإضطرابات الإنفعالية الدائمة فقط ، بل وعند آثارة أنواع من الصراع أيضا . فمثلا تبين أن أثارة العدوان تؤدى إلى زيادة فى توتر عضلات الجبهة ، بينما تؤدى اثارة الرغبة الجنسية والصراع الجنسى إلى آلام وتوترات فى الساق.

وبغض النظر عن التأثير النوعى للمنبهات الإنفعالية تبين بشكل عام أن تطوير استجابات توترية فى عضل معين أمر تلعب فية الفروق الفردية دورا كبير أيضا . فالفرد الذى اعتاد أن يواجه اضطراباته الإنفعالية الراجعة للقلق بحالة من الصداع سيظهر الصداع لديه فى كل الإضطرابات الإنفعالية الاخرى (العداوة ، الجنس ، الصداع ... ألخ) بغض النظر عن طبيعة المصدر. أما لماذا يستجيب بعض الافراد للاستثارة الإنفعالية بتوترات عضلية عامة (فى الجسم كله) ، بينما يستجيب البعض الاخر بالصداع ، أو بآلام الظهر ، أو بأى نمط عضوى اخر ، فان الاجابة لاتزال غير محسومة بعد . ولكن من المرجح أن يرجع جزء من هذا إلى عوامل عضوية تتعلق بالتركيب العضوى نفسه (من حيث القوة أو الضعف)، أو إلى عوامل اجتماعية ، فبعض الجماعات تدعم الاستجابة بتوتر فى عضو معين، بينما لاتدعم (أو تستهجن) الاستجابة بأعضاء

اخـرى ، وربمـا يكون أيضـا بسـبب عوامل شـخصـيـة ، ، وانماط خاصـة من التكيف الفردى .. فالشخص المستثار انفعاليا وهو يمارس الكتابة أو القراءة قد تتوتر لديه عضلات العينين ، أو الذراعين ، أو الظهر ... او كلها جميعا.

والخـلاصـة من هذا أن بحـوث "نوعـيـة التـوترات" قـد تضـيف نتـائج عميقة لفـاعلية العـلاج النفسى. وعلى سبيل المثال فـأن تنبه الشـخص لذلك يجعله على دراية بأنواع التوتر العضلى المستثار. وسيساهم ذلك فى أن تعد خطة الاسترخاء بطريقة خاصة وربما مختصرة.

التـدريب عـلـى الاسـتـرخـاء :

يسـتغرق تدريب المرضى على الاسـترخـاء العـضلى المنظم فى العيادات النفسية عادة ست جلسـات علاجية ، فى كل منها يجب أن تخصص عشرين دقـيـقة على الاقل لتدريبـات الاسـتـرخـاء. وفى نفس الوقت يطلب من المريض أن يمارس التدريبات على الاسترخاء لمدة خمس عشرة دقيقة يوميا بنفسه بحسب الارشادات العلاجية .

ويجب قـبل البـداية فى التـدريب على االاسـتـرخـاء أن نعطى الشـخص تصـورا عـامـا لطبـيـعـة اضطرابه النفـسى (أى القلق) ، وأن نبين له أن الاسترخاء العضلى ماهو الا طريقة من طرق التخفف من التوترات النفسية والقلق. لهذا نجد أن مجرد الاسترخاء العادى بالرقاد على أريكة (أوسرير) يؤدى إلى آثار مـهدئة ملحوظة. والسبب فى هذا أن هناك علاقة واضـحة بين

مدى استرخاء العضلات وحدوث تغيرات انفعالية ملطفة (أو مضادة للقلق) .

ولا يوجد ترتيب محدد للاعضاء التى يجب البداية باسترخائها ولكن من الضرورى بالطبع أن يبدأ التدريب على الاسترخاء ببعض أعضاء الجسم حتى يتمكن الشخص بالتدريج وبنجاح من ضبط قدرته على استرخاء عضلات الجسم كله.

ويفضل المعالجون السلوكيون عادة ، البداية بالتدريب على استرخاء عضلات الذراعين لسهولة ذلك من ناحية ، وليتعلم المريض بشكل واضح معنى الاسترخاء العضلى ونتائجه من ناحية اخرى ، ثم يتم الانتقال بعد ذلك لمنطقة الرأس لان كثيرا من العوامل المهدئة للتوتر تتركز فى القدرة على السيطرة على عضلات الوجه ، منطقة الرأس بشكل عام ... وهكذا . وعلى العموم نجد أن أعداد المريض وتهيئته لممارسة التدريب على الاسترخاء العضلى تتكون من النقاط الآتية :

١ – يبين المعالج للمريض أنه مقبل على تعلم خبرة جديدة أو مهارة لاتختلف عن أى مهارة يكون قد تعلمها فى حياته قبل ذلك كقيادة سيارة ، أو تعلم سباحة ، أولعبة رياضية جديدة وبعبارةأخرى يبين له أنه – أي المريض – مثله مثل كثير من الناس تعلم أن يكون مشدودا ومتوترا ، وانه بنفس المنطق يمكنه أن يتعلم أن يكون عكس ذلك أى قادرا على الاسترخاء والهدوء وان دور المعالج هو أن يعلمه كيف يصل إلى ذلك.

٢ - يبين المعالج أيضا بأنه نتيجة لهذا قد يشعر المريض ببعض المشاعر الغريبة كالتنميل فى أصابع اليد ، أو احساس اقرب للسقوط ، وانه يجب أن لا يخشى ذلك لان هذا « شئ عادى ودليل على أن عضلات الجسم بدأت تتراخى » . وهذه النقطة مهمة بشكل خاص لان كثيرا من المرضى - خاصة الهيستيرين - قد يستجيبون للاسترخاء بخوف مبالغ فيه أو يشعرون بأن شيئا غريبا يسيطر على أجسامهم. بينما من المفروض أن يكون ذلك دليل على أن الاسترخاء قد بدأ يحدث فى عضلات الجسم.

٣ - ينصح المعالج الشخص بأن تكون أفكاره كلها مركزة فى اللحظة ، أى فى عملية الاسترخاء وذلك للمساعدة على تعميق الاحساس به. ولكى يساعد المعالج على تحقيق أكبر قدر ممكن من النجاح فى هذه المرحلة قد يطلب من المريض أن يتخيل بعض اللحظات فى حياته التى كان يعيش فيها بمشاعر هادئة وفياضة (يحسن أن يكون هذا التخيل بشكل نوعى أى أن يكون المعالج قد عرف من المريض قبل ذلك بعض المواقف التى كانت تهدئ مشاعره ، كالضوء الخافت ، أو التدخين ، أو الاسترخاء فى الظهيرة بعد وجبة شهية ... الخ)

٤ - من المخاوف التى تنتاب بعض المرضى شعورهم بأنهم سيفقدون القدرة على ضبط الذات*

---

* خاصة فى المواقف التى يتم فيها التدريب على الاسترخاء بحضور المعالج ، ولا ينطبق هذا بالطبع على المواقف التى يمارس فيها الشخص الاسترخاء بمفرده .

فى مثل هذه الحالات من الافضل أن يتدخل المعالج ما بين الحين والاخر بتعليق أو باكثر حتى يبعث الطمأنينة فى نفس المريض . وهذا الاجراء ضرورى بشكل خاص عندما يكون المعالج من جنس غير جنس المريض أو عندما يكون المريض (اذا كان من نفس الجنس) من النوع الذى تنتابه مخاوف من الجنسية المثلية .. وتبين لنا خبرتنا الخاصة أن الدور الامثل الذى يجب على المعالج أن يمارسه فى مثل هذه اللحظات هو دور المرشد أو المعلم الذى لا يهدف للسيطرة على الجسم بمقدار ما يهدف إلى تعليم مريضه خبرة جديدة .

٥ – كقاعدة يجب التوصية بالمحافظة على كل عضلات الجسم فى حالة تراخى تام أثناء الاسترخاء خاصة تغميض العينين لمنع المشتتات البصرية التى قد تعوق الاسترخاء التام . لكن فى كثير من الحالات خاصة فى الجلسات الاولى من العلاج قد يكون من الضرورى بين الحين والاخر السماح للمريض بأن يفتح عينيه . وهذا ضرورى بشكل خاص فى حالات الاشخاص الذين تتملكهم الريبة أو الشك ، أو عندما يكون المريض من الجنس الاخر الذى قد يتصور فى هذا الموقف نوعا من الاغراء أو التهديد الجنسى .

٦ – من العوامل الهامة التى قد تعوق الاسترخاء الناجح تجول العقل فى تخيلات بعيدة وبالرغم من أنه لاخطر فى ذلك ، فمن الافضل الرجوع بهذه الافكار إلى الموقف بقدر الاستطاعة .

٧ – وأخيرا فان على المعالج أن يكون قادرا على فهم مريضه ، وحساسا لكل شكوكه ومخاوفه ، وقادرا على كسب ثقته وتعاونه فى نجاح الاسترخاء. وفى كل الاحوال اذا ظهر لاى سبب من الاسباب أن المريض غير مقبل أو متحمس للاجراء ، فان حساسية المعالج تجعله قادراً على الانتقال إلى محاولة أشكال علاجية أخرى ملائمة .

نموذج للتدريب على الاسترخاء :

من الضرورى أن نبين أن استرخاء اى عضو معناه اختفاء كامل لأى تقلصات أو أنقباضات فى هذا العضو. ويمكن أن نستدل على نجاح استرخاء عضو معين (كعضلات الذراع مثلا) بتحريكه فى الاتجاهات المختلفة أو الضغط عليه ، ويكون الاسترخاء ناجحا اذا لم نجد أى مقاومة من هذا العضو. بتعبير اخر تكون أعصاب هذا العضو متوقفة تماما عن أى نشاط. ويتوقف جزء كبير من نجاح العلاج السلوكى فى قدرة الشخص على ذلك ، وبالتالى التمكن بعد ذلك من الاسترخاء الناجح الارادى لكل عضلات الجسم عضوا فعضوا . لهذا نجد أن هناك اهتماما كبيرا – فى الوقت الحالى – بابتكار تدريبات من شأنها أن تساعد على الاسترخاء العضوى الكامل تدريجيا . وقد اخترنا للقارئ نموذجا لذلك فى نهاية هذا الفصل تتوافر فيه مزايا عدد من الطرق. وبالطبع يمكن تطبيق ذلك التمرين ذاتيا فى المواقف المختلفة التى قد تعرض الشخص للقلق والتوتر (أنظر التذييل فى نهاية الفصل) ولتيسير استخدام تدريبات الاسترخاء يمكن

للقارئ أن يقوم بتسجيل احداها بصوت عميق وهادئ ، وان يعيد التسجيل فى كل مرة يحاول فيها الاسترخاء ، منفذا التعليمات المتضمنة . وتبيع معاهد العلاج النفسى فى الولايات المتحدة تسيجلات لتدريبات من هذا النوع ، يمكنها أن تقوم مقام المعالج النفسى بعد انتهاء جلسات العلاج .

التطبيقات العامة للإسترخاء :

تعلم الاسترخاء يمنح الشخص مهارة وخبرة يمكن للمعالج وللشخص كليهما استثمارها فى اغراض عدة :

١ - من أول الاهداف الرئيسية لتعلم الاسترخاء هو امكانية استخدامه مع اسلوب التطمين التدريجى ، أو التعويد التدريجى على المواقف المثيرة للقلق . صحيح ان من الممكن استخدام أسلوب الاسترخاء وحده ، الا أن الغالبية تستخدمه جنبا إلى جنب مع أسلوب التطمين التدرجي (الذى سبقت الاشارة إليه) .

٢ - وبنفس المنطق يمكن أن يستخدم الاسترخاء كأسلوب من أساليب العلاج الذاتى والضبط الذاتى فى حالات القلق الفعلى . ولهذا ليس من النادر أن نجد أن كثيرا من المعالجين يوصون بمحاولة الاسترخاء لدقائق معدودة يوميا وقبل الدخول فى مواقف (حياتيه) مثيرة للقلق كالظهور أو الحديث أمام الناس أو المقابلات التى تجرى عند الترشيح لعمل ما...الخ .

٣ – فى حالات كثيرة يطلب المعالج من مريضه أن يقوم بتمثيل دور شخص آخر (الأب ، الرئيس ... الخ) بهدف أكتساب القدرة على فهم تلك الشخصيات ، والتكيف معها ... ونظرا لان هذه الشخصيات قد تكون مصدرا لقلق الشخص ، بحيث قد يعجز عن القيام بتمثيلها ... فان تذكره بأنه قد تعلم خبرة جديدة وان عليه أن يمارسها الان (الاسترخاء) سيؤدى إلى نجاح أسلوب تمثيل الادوار وبالتالى تحييد المشاعر والقلق نحو النماذج المهددة أو الداعية للقلق كالآباء أو نماذج السلطة بشكل عام.

٤ – ويستخدم أسلوب الاسترخاء فى كثير من الاحيان للتغيير من الاعتقادات الفكرية الخاطئة التى قد تكون احيانا من الاسباب الرئيسية فى اثارة الإضطرابات الإنفعالية وبالتالى يمكن للشخص أن يدرك المواقف المهددة بصورة عقلية منطقية. ومن المعروف أن استخدام الاسترخاء فى علاج حالات القلق والمخاوف ، وتوهم الأمراض ، من شأنه وحده أن يمنح الشخص بصيرة عقلية واقعية بطبيعة قلقه. فالقلق الذى كان يعتقد المريض أنه لاسباب فسيولوجية عضوية فيه. وبالتالى يشكل سلوكه وفق هذا الاعتقاد، يصبح الان شيئا يمكننا ضبطه والتحكم فيه ذاتيا . وعلى سبيل المثال أمكن أن يستخدم أسلوب الاسترخاء مع حالة من فصام البارانويا* بطريقة أدت إلى تغيير

* فصام البارانويا : حالة من حالات الإضطراب العقلى التى تتملك فيها الشخص معتقدات وأفكار خاطئة قد تكون مصدرا للخطر على الشخص نفسه أو على البيئة . كسيطرة مشاعر وأفكار اضطهادية ، أو عظمة بطريقة تفسد من أدراك الواقع وتشوه منه (أنظر الفصل الاول)

معتقدات المريض الخاطئة عن وجود تغيرات واحساسات في جسده لايستطيع فهمها ، إلى معتقدات معقولة عن طبيعة تلك التغيرات .

٥ - كذلك يمكن استخدام وحدة في علاج كثير من الاشكال المرضية . أمكن ، على سبيل المثال ، أن يستخدم أسلوب الاسترخاء في علاج حالات الضعف الجنسي . ففي حالة ماشاب كان يشكو من القلق والإكتئاب ، شكى أيضا أنه عند الاتصال الجنسي بزوجته كان يعاني من القذف السريع عند الاتصال الجنسي بعد نصف دقيقة أودقيقتين على الاكثر من الايلاج . وقد أدى هذا إلى آثارة كثير من التوترات لديه ولدى زوجته . وبتوجيه من المعالج أمكن للمريض أن يتعلم الاسترخاء العضلي في الدقائق الخمسة عشر السابقة على الاتصال الجنسي خاصة فيما يتعلق باسترخاء الاجزاء السفلى من الجسم والساقين . وقد استطاع المريض بعد أسابيع قليلة ان يتغلب على مشكلة القذف السريع وبالتالي كل جوانب القلق التي كانت تحيط بها . كذلك هناك بعض التقارير التي تبين نجاح استخدام هذا الاسلوب في حالات الصداع النصفي والارق .

وتبين دراسات أخرى أن التدريب على الاسترخاء يؤدي إلى تغيير في مفاهيم المرضى عن ذواتهم (مفهوم الذات) فيصبحون بعد تعلم الاسترخاء أكثر ثقة بالنفس ، ربما بسبب القوة التي يمنحها الاسترخاء لهم وما يعلمه لهم من قدرة على ضبط الذات ، والتحكم في التغيرات الجسمية .

الاجـــــــــــراءات :

تتـفـاوت اجـراءات الاسـتـرخـاء العـضلى من حـيث الطول .. فـبـعض التدريبات قد تستغرق نصف ساعة خاصة فى البداية ، والبعض الاخر قد يستغرق عشر أو خمس دقائق بحسب خبرة الشخص ونجاحه فى ممارسة التـدريبـات .. والتـدريب الذى سـتـأتى الاشـارة له فى تذييل هذا الفـصل يستغرق نصف ساعة .. وهو تدريب من شأنه أن يطلع الشخص ويمكنه من كثير من الفوائد التى يجنيها من الاسترخاء. وسواء بدأ الراغب فى ممارسة التدريب ممارسته للاسترخاء بتوجيه من المعالج وبحضوره أو بتوجيه ذاتى فان الخطوات التالية ذات فائدة جمة :

١ – اسـتلق فى وضع مـريح عند بداية التـدريب .. وتأكـد من هدوء المكان وخلوه من المشتتات.

٢ – المكان الذى سترقد عليه يجب أن يكون مريحا .. ولاتوجد به أجزاء نافرة أو ضاغطة على بعض أجزاء الجسم .

٣ – ليس بالضرورة أن تكون راقدا أو نائما. بل يمكن البدء فى التدريبات وأنت جالس فى وضع مريح ..(وربما وأنت واقف فى بعض الحالات).

٤ – أبدأ بتدريب عضو واحد فى البداية على الاسترخاء ويفضل أن يكون الذراع كما فى الخطوات الآتية.

٥ – اغلق راحة يدك اليسرى باحكام وقوة.

٦ – لاحظ أن عضلات اليد ومقدمة الذراع اليسرى تنقبض وتتوتر وتشتد .

٧ – افتح راحة يدك اليسرى بعد ثوان معدودة ، وارخها وضعها فى مكان مريح على مسند الاريكة. لاحظ أن العضلات أخذت تسترخى وتثقل .

٨ – كرر هذا التمرين عددا من المرات حتى تدرك الفرق بين التوتر والشد العضلى فى الحالة الاولى .. والاسترخاء الذى ينجم بعد ذلك عندما تفرد راحة يدك اليسرى ، والى ان تتأكد من أنك أدركت الفكرة من الاسترخاء العضلى . وانه بامكانك ضبط عضلات راحة يدك اليسرى .

٩ – كرر هذا التمرين (الشد والارخاء) مع بقية العضلات الاخرى بحسب ما هو موضح فى التذييل.

١٠ – بعد اكتساب القدرة على التحكم فى التوتر العضلى والاسترخاء فى جميع أعضاء الجسم عضوا فعضوا بالطريقة السابقة ... سيمكنك فى المرات التالية استغراق وقت أقل فى ذلك.

١١ – اكتساب القدرة على الاسترخاء بهذا النظام سيمكنك فى مواقف تالية من التحكم فى الاسترخاء العضلى فى مناطق معينة من الجسم فقط. فعندما تحتاج بعض المواقف إلى الابقاء على بعض العضلات الاخرى غير المستخدمة لهذا الغرض فى حالة استرخاء كقيادة سيارة مثلا تحتاج لعينيك وقدمك ويدك فى حالة من التأهب .. لكن بالطبع يمكنك الابقاء (حتى وأنت تقود سيارتك) على بعض العضلات الاخرى فى

حالة استرخاء مثل عضلات الكتفين والظهر ، والبطن والساقين.. لاحظ أنه يمكنك أن تكون مسترخيا وأنت فى قمة النشاط.

١٢- من المهم أن تستخدم قوة الايحاء والتركيز الفكرى لمساعدتك على الوصول إلى أحساس عميق بالاسترخاء العضلى فى لحظات قصيرة. لهذا من المفيد أن تدرب التفكير على التركيز فى عمليات الشد والاسترخاء العضلى بالطريقة السابقة.. اذا وجدت أن تفكيرك يهيم فى موضوعات أخرى أرجعه أراديا إلى الإحساس بالجسم.

١٣- لاتيأس اذا عجزت عن الوصول إلى حالة عميقة من الاسترخاء.. فان التكرار من شأنه ان يمكنك من ضبط الجسم بابقائه فى حالة استرخاء أن عاجلا أو آجلا.

تذييل

تدريب على الاسترخاء العضلي بطريقة منظمة

فيما يلى نموذج للتدريب العضلى أخذناه من مصادر متعددة لانه يجمع مزايا كثير من الطرق من ناحية ، ولان خبرتنا تدل على فاعليته من ناحية أخرى* :

« استلق الان على أريكة مريحة أو كرسى أو سرير وفى وضع مريح لجسمك كله بقدر استطاعتك ، أغمض عينيك ، واصغ إلى. سأنبهك الان لبعض الاحساسات أو التوترات فى جسمك وسأبين لك بعدها أنه باستطاعتك أن تقلل منها وان تتحكم فيها .. جميل !. أن جسمك الان لايزال فى وضعه المريح ولاتزال عيناك مغمضتين فى استرخاء لطيف (لحظة صمت) . وجه انتباهك إلى ذراعك اليسرى أولا .. كل انتباهك الان وتركيزك على ذراعك اليسرى الذراع اليسرى بشكل خاص ، أغلق راحة يدك اليسرى - أغلقها باحكام وبقوة (لحظة صمت) لاحظ أن عضلات يدك الان وعضلات مقدمة الذراع اليسرى تنقبض وتتوتر ، وتشتد انتبه لهذا التوتر والشد .لاحظه . والان دع هذا. افتح يدك اليسرى وارخها وضعها على مكان مريح على مسند الأريكة أو وسادة ولاحظ

---

* اشرنا إلى انه يمكن القيام بتسجيل ذلك بصوت هادئ وعميق ، بالرغم من أن الرجوع لخبير فى العلاج النفسى من هذا النوع أكثر فائدة .

الفرق بين ما كانت عليه من شد وتوتر وماهى عليه الآن من استرخاء (عشر ثوانى صمت). والان مرة أخرى كرر ذلك : أغلق راحة يدك اليسرى بإحكام وقوة ولاحظ التوتر والشد من جديد . لاحظه ثم من جديد دع هذا كله . افتح يدك اليسرى ودعها فى وضعها المريح ولاحظ ماكانت عليه من توتر وماهى عليه الان من استرخاء. (١٠ ثوانى صمت) .

لنتجه الان ليدك اليمنى. اغلق باحكام راحة اليد اليمنى ولاحظ التوتر فى اليد اليمنى والذراع (٥ ثوانى صمت). والان استرخ ، أستمر فى وضعك المريح وارخ يدك اليمنى. لاحظ الفرق فيما كانت عليه من توتر وماهى عليه الان فى وضعها المريح. استمتع بهذا الانتقال وحاول أن تتذوقه (١٠ ثوان). كرر هذا من جديد أغلق راحة يدك اليمنى باحكام وقوة. لاحظ ماهى عليه من شد وتوتر. ارخها ودعها فى وضع مريح فاردا أصابعك باسترخاء.لاحظ أيضا أن هناك تنميلا ولينا قد بدأ ينتشر فى ذراعيك اليمنى واليسرى. كلا ذراعيك الان قد بدأ يسترخيان ... ويسترخيان .

والان دعنا نتجه إلى راحة اليد. أثن راحتيك كليهما إلى الخلف إلى أن تشعر بالشد والتوتر فى المعصم وظهر اليد. ادرس هذا التوتر ، ولاحظه. والان أسترخ وعد بمعصميك إلى وضعهما المريح ،ولاحظ الفرق بين التوتر الاسترخاء (عشر ثوان). كرر هذا مرة أخرى. اثن معصمك إلى الخلف واشعر بالشد فى مقدمة الذراع وخلف راحة اليد. ثم استرخ وارخ معصميك .. عد بهما إلى وضعهما المريح .. دع نفسك على سجيتها . وأشعر باسترخاء أكثر وأكثر

والآن أطبق باحكام كفيك، واثنهما فى المقدمة فى اتجاه الذراعين إلى أن تشعر بتوتر عضلات أعلى الذراعين فى ذلك الجزء الممتد من الرسغ حتى الكوع. حاول أن تدرس التوتر وان تحسه . والان استرخ . اسقط ذراعيك. بجانبيك ولاحظ الفرق بين التوتر السابق فى عضلات الذراع وما هى عليه الان من الاسترخاء النسبى الذى تحسه الان (عشر ثوان صمت) كرر هذا مرة أخرى . اقبض كفيك باحكام وأثنهما فى اتجاه الكتفين محاولا أن تلمسهما بقبضتك. توقف واسقط ذراعيك واسترخ. أشعر بالتناقض بين التوتر والاسترخاء. دع تلك العضلات على سجيتها أكثر فأكثر (عشر ثوان) .والان دعنا نتحول إلى منطقة آخرى أى الكتفين . ارفع كتفك كما لو كنت تريد لمس أذنيك بكتفك. لاحظ التوتر الذى يظهر فى الكتفين وفى عضلات الرقبة ادرس هذا التوتر ولاحظه . توقف استرخ عائدا بكتفيك إلى وضع مريح . دع عضلاتك على سجيتها أكثر فأكثر . لاحظ من جديد الفرق والتعارض بين التوتر والإسترخاء كرر ذلك مرة أخرى. أرفع كلا الكتفين كأنك تريد أن تلمس بهما الاذنين. لاحظ التوتر فى الكتفين والرقبة . ادرس هذا التوتر فى تلك العضلات. والان استرخ أرخ عضلات كتفك ، وعد بهما إلى وضع مريح . ادرس التعارض بين التوتر والاسترخاء من جديد (عشرثوان) .

تستطيع أيضا أن تتعلم كيف ترخى مختلف عضلات وجهك الان عليك أن تغمض أو تجعد جبهتك وحاجبيك إلى ان تشعر بأن عضلات الجبهة قد اشتدت وان جلدها قد (تكرمش) . والان استرخ ، وعد بعضلات الجبهة إلى وضعهما المسترخى. أرخها أكثر فأكثر (عشر ثوان) . كرر هذا من جديد

غضن جبهتك . ولاحظ التوتر فى منطقة الجبهة ، وأعلى العينين . والان ارخ الجبهة ،واسترخ بعضلاتها . ولاحظ من جديد التعارض بين التوتر والاسترخاء فى الجبهة (عشر ثوان) .

والان أغلق عينيك باحكام . أغلقهما باحكام وقوة حتى تشعر بالتوتر قد أخذ يشمل كل المنطقة المحيطة والعضلات التى تحكم حركات العينين (خمس ثوان) . والان ارخى تلك العضلات ولاحظ التعارض بين التوتر السابق والاسترخاء (عشر ثوان) . كرر هذا من جديد . أغلق عينيك باحكام وقوة . والتوتر يشملهما . استمر (٥ ثوان) . والان استرخ .. ودع عضلات عينيك على سجيتها فى وضعها المريح المغمض (١٠ ثوان) .

والان أطبق فكيك وأسنانك باحكام كما لو كنت تعض على شئ . لاحظ التوتر فى الفكين . (٥ ثوان) . والان دع فكيك واسترخ ودع شفتيك منفرجتين قليلا ، لاحظ التعارض بين التوتر والاسترخاء فى منطقة الفكين (١٠ثوان) . مرة أخرى أطبق الفكين . لاحظ ما فيها من توتر (٥ ثوان) . والان دع ذلك واترك نفسك على سجيتها ، مسترخيا أكثر فاكثر (١٠ ثوانى) والان اتجه إلى شفتيك ، ضمها ، واضغط بكل منهما على الاخر باحكام . جميل . اضغط كل منهما على الاخر بكل ثقلك ، ولاحظ التوتر الذى بدأ ينتشر حول الفم والان استرخ وارخ عضلات شفتيك ودع ذقنك فى وضع مريح . مرة أخرى اضغط شفتيك وادرس التوتر المحيط بالفم . استمر (٥ ثوان) . لاحظ كيف أن مختلف تلك العضلات قد بدأت تتراخى بعد هذا الشد والاسترخاء المتوالى . الان كل يديك ، وجهك ، وذراعيك ، وكتفيك ، ومختلف عضلاتك جميعها مسترخية فى وضع هادئ .

والان لنتجه إلى الرقبة. اضغط برأسك إلى الخلف على المساحة التى تستند عليها . اضغطها إلى أن تشعر بتوتر فى خلف الرقبة والجزء الاعلى من الظهر بالذات .استمر . أدرس ذلك والان دع ذلك ، وعد برأسك إلى وضع مريح، وحاول أن تتمتع بالفرق بين التوتر والاسترخاء العميق الذى أنت عليه الان. استمر الان فيما أنت فيه ، أكثر فأكثر ، وأعمق فأعمق بقدر ما تستطيع . كرر هذا من جديد : شد برأسك إلى الخلف. ولاحظ التوتر المستثار. استمر فى ذلك لحظة (٥ ثوان) والان دع تلك وانتقل إلى استرخاء عميق... عميق (١٠ ثوان).

والان مد رأسك إلى الامام ، كما لو كنت ستدفع بذقنك فى صدرك. لاحظ التوتر الذى يحدث الان فى الرقبة. والان استرخ . دع كل هذا واسترخ على سجيتك (١٠ ثوان) . كرر ذلك . ادفن ذقنك فى صدرك . أستمر فى ذلك قليلا (٥ثوان). والان استرخ أكثر فأكثر (١٠ ثوانى) .

والان إلى عضلات الجزء الاعلى من الظهر. قوس ظهرك. قوسه كما لو كان صدرك سيلتصق بالبطن. لاحظ التوتر فى الظهر ، خاصة فى الجزء الاعلى. والان استرخ ، وعد بجسمك إلى وضعه الطبيعى فاردا ظهرك فى وضع مريح سواء أكنت على كرسى أم أريكة. ولاحظ الفرق بين التوتر السابق فى الظهر والاسترخاء الحالى. (١٠ ثوان) مرة أخرى قوس الظهر . لاحظ التوتر المستثار. استمر قليلا (٥ ثوان) والان عد بعضلات ظهرك إلى وضعها المسترخى ، تاركا كل شئ على سجيته (١٠ثوانى) .

والان خذ نفسا عميقا . شهيقا عميقا ، لاحظ الان أن التوتر قد بدأ ينتشر فى الصدر وفى أسفل البطن . والآن استرخ وكن على السجيه . وتنفس الهواء . واستمر فى تنفسك العادى . ولاحظ من جديد التعارض بين ماعليه الان صدرك وبطنك من استرخاء وما كانا عليه من توتر (١٠ثوان) . أعد ذلك من جديد . خذ شهيقا عميقا ، واكتمه ، ولاحظ التوتر ، والعضلات التى تشتد . والآن أزفر وتنفس بطريقة عادية ومريحة ، تاركا عضلات الصدر والبطن فى استرخاء أكثر فأكثر كلما تنفست (١٠ ثوان).

والآن اقبض عضلات البطن . شدها إلى الداخل . حافظ على هذا الوضع قليلا . والان استرخ ، ودع تلك العضلات تتراخى . استرخ ودع نفسك على سجيتها (١٠ ثوان) . أعد هذا من جديد شد عضلات بطنك بإحكام إلى ان تشعر بتوترها . لاحظ هذا التوتر وادرسه (٥ ثوان) . والان استرخ ودع كل شئ يتراخى فى عمق أكثر فأكثر . توقف عن أى شد ، وتخلص من أى توتر فى أى عضل ولاحظ التعارض بين التوتر والاسترخاء الحالى (١٠ثوان) .

والآن أفرد ساقيك وأبعدهما بقدر ما تستطيع . أفردهما حتى تلاحظ التوتر المستثار فى منطقة الفخذ (٥ ثوان) . والان أسترخ ودع ساقيك يسترخيان ولاحظ الفرق من جديد بين التوتر السابق للفخذين وما هما عليه الان من وضع مريح، واسترخاء محسوس (١٠ ثوان) . أعد هذا من جديد . ألصق ركبتك ، وأبعد رجليك بقدر ما تستطيع حتى تحس بتوتر شديد فى الفخذين (٥ ثوان) . والآن استرخ. ارخ عضلات جسدك دع كل الاعضاء

على سجيتها وتخلص من كل الشد الذى حدث في الفخدين (١٠ ثوان).

والآن إلى بطن الساق. حاول ان تشد عضلاتها بان تثنى قدميك إلى الامام في اتجاه الوجه إنتبه إنك عندما تثنى قدميك فى اتجاه الوجه ستشعر بالشد والتوتر، والانقباضات في بطن الساق وفي القصبة على السواء. والان استرخ بالقدمين وأعدها إلى وضعهما السابق ، ولاحظ من جديد الفرق بين الشد والاسترخاء (١٠ ثوان). والان هذه المرة : اثن قدميك للخلف في اتجاه رسغ القدم ، محاولا ان تجعل اصابع القدمين ممتدة في اتجاه الرأس ولاحظ الشد في قصبة الساقين وبطنهما استمر قليلا. والان عد إلى سجيتك مسترخيا بكل عضلاتك إلى وضعهما السابق. ساعد نفسك على الاسترخاء اعمق واعمق من قبل (١٠ ثوان) .

والآن ان كل المناطق الرئيسية في جسمك مسترخية تقريباً وانت تلاحظ الفرق بين التوتر والاسترخاء . ونلاحظ انك ان تشد عضلات اعضائك وان توترها وبنفس القدر تستطيع أن تسترخى بجسمك كله. انك تسترخي ، واذا لم تكن بعض أعضائك مسترخية فحاول ان ترخيها. راجع معى من اسفل إلى اعلى كل عضلات اعضائك اذا لم تكن مسترخية فارخها حالا - عضلات القدم وبطن الساق والرسغ جميعها مسترخية (٥ ثوان) ارخ عضلات الفخذين ، والركبة وبطن الساق ، القصبة (٥ ثوان) . العجز والردفين (٥ ثوان) البطن واسفل والوسط (٥ ثوان) اعلى الظهر ، والصدر ، والكتفين (٥ ثوان) راحة اليد والاصابع والذراعين (٥ ثوان) الرقبة والزور (٥ ثوان) .. جبهتك مسترخية (٥ ثوان).. كل عضلاتك مسترخية ومستلقية

في وضع مريح. واالان استمر في الوضع المريح وسأعد من واحد إلى عشرة .وفي كل مرة حاول ان تسترخي اعمق فاعمق .. ١، ٢، ٣، ٤، ٥، ٦، ٧، ٨، ٩، ١٠ ، جميل انك قد اخذت قسطا وافيا من الاسترخاء الان وسأعد تنازليا من خمسة إلى واحد وعندما اصل إلى واحد ستفتح عينيك ، وتجلس ، وتستيقظ في نشاط هادىء ٥، ٤، ٣، ٢، ١عيناك مفتوحتان، وانت الان في كل يقظة وفي كامل نشاطك دون قيود.

الخلاصــــة

جميع الناس تقريبا تستجيب للاضطرابات الانفعالية كالقلق بتغيرات وزيادة في توترات عـضـلات الجـسم. ومن شـأن هذا التـوتر أن يضـعف من قدرة الكائن على المقاومة او الاستمرار الكفء في نشاطه الجسمي والعقلى ، بل ويجـعله اكـثـر اسـتـهـدافـا لمزيد من الإنفـعـال والإضطراب والخـوف والسلبية .. وتشيع حـالات التوتر العـضلى بين المرضـى النفسـيين والعـقليين اكثر من شيوعها بين الاسوياء والناجحين اجتماعيا والقادرين على ممارسة أنشطة الحـيـاة بكفـاءة. ويصطـحب كل اضطراب انفـعـالى بتـوتر نوعى في بعض عـضـلات الجـسم .. فـالقلق يصطحب بتـوتر في عـضـلات الرأس (الصدا ع)، والاحسـاس بالذنب بتوتر فى عضلات الظهر (كآلام الظهر) .. الخ. ويستجيب المرضى النفسيون والعقليون بتوترات عضلية عامة قد تشمل الجسم كله. ويقدم هذا الفصل بعض الاساليب للمساعدة في السيطرة علي التوترات العضلية وتحقيق الاسترخاء العضلى. ويوضح انه بامكان الإنسان ان يتعلم وسائل من شأنها أن تساعده على تحقيق هذا الاسترخاء. ويؤدى نجـاح الشـخص في تعلم الاسـتـرخـاء العـضلى إلى تغـيـرات شـاملة في الشـخصـيـة والى مـزيد من الكفـاءة والنضج في مـواجـهـة مـشكلات الحـيـاة وتأزماتها الإجتماعية والنفسية والجنسية. وعرضنا للاجراءات التى يمكن استخدامها لتحقيق اكبر قدر ممكن من الاسترخاء العضلى العميق وأحد ألتدريبات المهمة لذلك .

مراجـــع وتعليقـــات

1 - Jacobson, E. (1929) : ***Progressive relaxatiogo:*** U. of Chicago Press.

2 - Jacobson, E (1939) : ***Variation of Blood Pres sure with Skeletal Muscle and relaxation.Annual Internal Medicine***. 12,1194

3 - Jackson, E. (1964) : ***Anxiety and tension control***. Philadelphia : Lippincott.

4 - Wolpe,J&Lazarus, A.(1966) : ***Behavior therpy techniques***. London: Pergamon.

5 - Beech, H. R.(1972): ***Changing Man's behavior***.London : Pelican Books.

6 - Clark, D. F. (1963) : The Treatment of Phobia by systematic desensitization, ***Behavioral Reserch and Therapy***,

7 - Davison, G. (1966) : The influence of systematic desensitization, and graded exposure to imaginal stimuli in the modifiction of phobic behavior, J. ***of Abnormal Psychology***.

8 - Eysenck, H. (1966) : ***Behavior Therapy and the neurosis***. London : Pergamon Press.

9 - Eysenck, H. J. & Rachman, S. (1965) : ***The causes and cures of neurosis.*** London : Routledge & Kegan Paul.

10 - Ornstein, R. & Sobel, D. (1990). ***Healthy Pleasures***. Reading, Mass. : Addison - Wesley Publishing Company, Inc.

11 - Chartesleswörth, E. & Nathan, R. G. (1991) . ***Stress management.*** New York : Ballentine Books

12 - Lomont, J. F. & Edwards, J. E. (1967) : The role of relaxation in systematic desensitization, ***Behavior Research and Therapy***, 5, 11 : 25.

13 - Rachman, S. (1967) : Systematic desensitization. ***Psychological Bulletin***, 67, 93-103.

14 - Tasto, D. L. (1974) : Muscle relaxation treatment for primary therapy, ***Behavior Therapy***, S, 668-672.

15 - Weiss, R. M. (1974) : ***The relative efficasy at deep muscle relation in the modification of headaches***. Paper presented at the 82nd Annual Convention of the American Psychological Association, New Orleans.

16 - Wolp, J., Salter, A. & Reyna, A. (1964) : (eds.) ***Conditioning therapies***. New York : Holt, Rinehart & Winston

Recordings (Audio Cassettes) : Charlesworth, E. (1981). ***Stress management training Program***. Houston : Stress Management Research.

الفصل السادس

أسلوب تأكيد الذات والحرية والانفعالية والتدريب على أكتساب المهارات و الاجتماعية

اشتكى شاب في الثامنة والثلاثين من العمر من شعور حاد بالاكتئاب والإنقباض ، ووصف نفسه بأنه لايصلح لتولى مسؤوليات عمله. وبالرغم من تفوقه الشديد في المحاسبة والاقتصاد ، الاأنه لم يتلق اي ترقيات تذكر في عمله. وقد اوضح أنه يشعر بالاحباط وانخفاض في روحه المعنوية . وقد لقى ترقية تافهة في مؤسسة ضخمة في الوقت الذى ذهب فيه طالبا العلاج. لقد كانت تلك الترقية صدمة بالنسبة لرجل بهذه المؤهلات الممتازة ، ذلك ما دفعه مباشرة لطلب العلاج السلوكى كملجأ أخير لمعاناته.

وقد اتضح منذ بداية الجلسة العلاجية الاولى ان هذا الشاب يفتقر افتقارا شديدا لتاكيد الذات والثقة بالنفس. ولهذا اعطاه المعالج كتابا مشهورا في هذا الموضوع* ، ونصحه بان يقرأ بعض فصول الكتاب، وأن يعد نقدا لها في الجلسة التالية. وقد عاد المريض للجلسة التالية بعد ان نفذ ما طلبه منه المعالج وأوضح بأنه يشعر بان لا أمل له بالمرة في المستقبل .

---

* كتاب سالتر عن العلاج من خلال الفعل المنعكس الشرطى ويوضح هذا بأن المعالج النفسى يقوم بدور تربوى توجيهى لمرضاه وليس مجرد دور سلبى يقوم على وصف العقاقير والتشجيع على الثرثرة (١) .

حـاول المعـالـج أن يمده بكل التـشـجـيع والثـقـة ، لكن حـذره في نفس الوقت من التداعى والانهيار السريع.

وفي الجلسـة التـاليـة بين شـابنا أن ترقـيـتـه في العـمل هي السـبب الرئيسى وراء كل المتاعب التى يتعرض لها ، وان الترقية الملائمة ستجعله قـادرا علي اكتسـاب الثقة بالنفس وتاكيد الذات. «انني أشعر بأننى مـا لم احصل على حقى فى العمل ، فأن أي محاولة منك أو مني للعلاج لن تنتهي الا بضياع وقتينا معا» .

اوضح المعـالـج بأن افـتـقـاره لتـأكيـد ذاته في العـمل هو السـبب وليس النتيجة لكل المتاعب والفشل الذي يواجهه في العمل، وأن تقدمه المهني يتلو قدرته علي تأكيد ذاته ولا يسبقها. لقد كان واضـحا ان المريض يحاول أن يستخدم موقف العمل كمحك وحيد مسؤول عن تقدمه وتحسنه بشكل عام .

وقد بين التحليل الدقيق ان ظروف الترقية والتقدم في المؤسسة التي يعمل فيها الشاب محدودة للغاية. وكان من الواضح أن الحل الامثل هو أن يترك المكان الذى يعمل فيه حاليا إلى مكان اخر به ظروف أفضل للترقية. لكن المريض رفض ذلك مبررا بأنه يشعر بالتهديد وعدم الامان عندما يعمل في بيئة غير مـألوفة اليه. وقد كشفت الاستفسارات التالية بأن الشاب يخشى فكرة المقابلة الشخصية التي تعقد مع المشرفين على العمل قبل تعيينه. وهنا جعل المعالج هذه النقطة بؤرة اهتمام للتدريب علي تأكيد الذات مستخدما اساليب لعب الادوار بالشكل الآتي :

طلب المعالج منه ان يتصور أن المعالج نفسه هو مدير عمل في مؤسسة وأن المريض الان في موقف مقابلة مع المدير للترشيح لهذا العمل. وبناء علي هذا طلب من المريض أن يترك حجرة العلاج وأن يتجه إلى الباب طالبا الاذن بالدخول لعقد المقابلة.

وعندما آذن المعالج للمريض بالدخول ، فتح المريض الباب واقترب من المكتب بتردد وبحذر. وعندئذ قطع المعالج هذا الاجراء لكي يعكس للمريض الطريقة الخنوعية التى دخل بها، والتعبيرات المستكينة. ونظرات العينين المنكسرة ، وغير ذلك من مظاهر التوتر. لهذا طلب منه ان يجلس على المكتب بدلا منه وأن يمثل دور المدير وأن يمثل المعالج دور المتقدم للعمل طالبا منه في نفس الوقت أن ينتقده بعد انتهاء الدور. وعند قيام المعالج بهذا الدور حاول أن يرسم شكل دخوله للمكتب بطريقة الإنسان المتأكد والواثق ، طالبا من المريض أن يلاحظ كل جوانب السلوك التي تصدر عنه سواء من حيث وضع الجسم اوطريقة السير، أونظرات العينين ومتى يجب ان تلتقي بعين المدير ومتى يجب ان لا تلتقي.

وقد تكرر هذا الاجراء عددا كبيرا من المرات حتى استطاع ان يقترب من المدير القابع خلف مكتب (المعالج) ، وقد خلت تعبيراته وملامحه من كل مظاهر المسكنة والقلق، كذلك دربه المعالج على اساليب مختلفة من المقابلات لانماط من المديرين : المدير الذى يقف من مكتبه لكي يلتقى به عند باب الدخول ، والمدير الذى يتركه باهمال وهو يقرأ بعض الوثائق الهامة، والمدير الذى يحاول قاصدا ان يخفف من توتره ... وهكذا .

وبعد تطبيق هذا الاسلوب بدا المعالج يركز على محتوى المقابلة فطلب من المريض أن يجيب على أسئلة تتعلق بمؤهلاته وخبراته، وتاريخ حياته مسجلا هذه الاجابات على جهاز تسجيل. وقد طلب منه بعد ذلك أن يضع نفسه في موقع مدير العمل ، وأن يقرر ما اذا كان سيقبل المتقدم لهذا العمل بناء على هذه المقابلة المسجلة أم لا. لقد كان واضحا من التسجيل أن قدرة المريض على التغيير من تعبيراته وملامحه وطريقة دخوله للمكتب لم تشمل بعد طريقة كلامه المترددة عن امكانياته وخبراته. لقد كان ببساطة يقلل من قدرة نفسه، فبدلا من أن يؤكد على خبراته الممتازة كان يغمغم بكلمات غير مفهومة وغير مؤثرة، وفيها من المعلوميات اكثرمما فيها من تركيز على الاشياء التى يتقنها لهذا قام المعالج بعرض نفس هذه العموميات بطريقة لفظية ناجحة، وطلب من المريض أن يعيد ذلك. ونتيجة لهذا أمكن للمريض ان يقدم اجابات ملائمة للأسئلة الخاصة التى كان يسأله اياها المعالج، في مواقف تلقائية.

استمرت هذه الاجراءات العلاجية مع المريض فترة قطع بعدها اتصاله بالمعالج لمدة شهرين. طلب بعدها جلسة أخرى . وقد دهش المعالج عندما دخل المريض حجرة العلاج هذه المرة وهو يقول للمعالج «أنك تنظر الان لرئيس وحدة المحاسبين في شركة (كذا) ». وأخذ يصف بعد ذلك كيف أنه تقدم لاكثر من اعلان، وعقد أكثر من مقابلة شخصية ، وكيف أنه نجح أخيرا في الحصول على عمل بأجر أعلى مما عليه الاعلان.

لقد قرر المريض بأنه قد شفى الان من مشكلته ، ولوأن المعالج كان

يرى بأنه لا زالت هناك بعض الجوانب في سلوكه تحتاج لتدريب اخر على الثقة بالنفس* .

ومع ذلك فقد تلقى المعالج مكالمة تلفونية بعد عامين من نفس المريض يخبره فيها بأنه قد اصبح مستشارا أقتصاديا في احدى الشركات(١).

* * *

---

* لايجب أن نفهم من المثال أن أوضاع الموظف في المجتمع تحكمها عناصر ذاتية كالثقة بالنفس فقط، او أننا نقلل من شأن الظروف الحضارية والإجتماعية في مثل هذه الامور. لكن عدم الثقة بالنفس والعجز عن تأكيد الذات كانتا من المشكلات الرئيسية في حالة هذا المريض . وفي كثير من المواقف يجد المعالج النفسي أن من واجبه أن يعين مريضه على التغيير من نفسه حتى وان كان يعترف بقسوة الظروف الإجتماعية نظريا.

١ - هذه الحالة مأخوذة عن ولبى ولازاروس (المرجع رقم٢) .

تمثل الاساليب العلاجية التى استخدمت مع الحالة السابقة نمطا رئيسيا من انماط العلاج السلوكى الحديث ، وهو ما يسمى بالعلاج عن طريق تأكيد الذات .

يشير مفهوم «تأكيد الذات» إلى معنى أكثر اتساعا مما نلاحظه في حالة الشاب السابق ، فهو لا يشير إلى أن يؤكد الشخص نفسه ، او أن يدرب نفسه على الاستجابة السلبية ، والسيطرة واعطاء الاوامر والتحكم في الاخرين فقط، بل وأن يكون قادرا على التعبير عن عواطفه الايجابية بشكل عام ، كالتعبير عن الصداقة والود ، والاعجاب ، والشكر وغير ذلك. ولعل المنطق الذى يكمن وراء هذا المعنى واضح للقارىء. ذلك لان المريض النفسي الذى يعانى من العجز عن تأكيد ذاته (وما أكثر شيوع ذلك بين العصابيين) يعجز حقيقة عن التعبير عن ذاته سواء في المواقف التى تحتاج منه لاظهار العدوان والغضب ، او المواقف التى تحتاج لاظهار التاييد ، والود ، أى في مواقف التعبير السلبي والايجابى على السواء ، مما يحوله إلى شخصية تافهة وباهتة. ومن المؤسف مع هذا أن نجد أن كثيرا من الكتاب ، والمعالجين النفسيين يفهمون طريقة « تأكيد الذات» من وجهة واحدة ، أي من حيث هى مظهر من مظاهر النقص فى التعبير عن العدوان والغضب ، أو الضيق والرفض إلى غير ذلك. بالرغم من أن «لازاروس» أستاذ العلاج السلوكى بجامعة راتجرز وهو من أشهر المعالجين استخداما لهذا الاسلوب لايغفل عن الطبيعة الثنائية فى مفهوم تأكيد الذات ، فان الكاتب يلاحظ أن كثيرا من أساليب هذا المعالج تتجه للأسف نحو تدريب

مرضاه على العدوان * والغضب والرفض .. (ولو أن هذا يشيع كثيرا بين غيره من المعالجين) .

ان أسلوب تأكيد الذات أعم من هذا ويعنى بشكل عام حرية التعبير الإنفعالى وحرية الفعل على السواء ، سواء كان ذلك فى الاتجاه الايجابى (أى فى أتجاه التعبير عن الافعال والتعبيرات الإنفعالية الايجابية الدالة على الاستحسان والتقبل ، وحب الاستطلاع ، والاهتمام، والحب والود ، والمشاركة ، والصداقة، والاعجاب) ، أو فى الاتجاه السلبى (أى فى اتجاه التعبير عن الافعال والتعبير الدال على الرفض وعدم التقبل ، والغضب ، والألم ، والحزن ، والشك والخوف والاسى). لهذا فاننا نتفق مع لازاروس فى أن مفهوم الحرية الإنفعالية يبدو قادرا أكثر من مفهوم تأكيد الذات على استيعاب هذه العناصر المتعددة من التعبير . بالرغم من هذا ، فأننا قد نستخدم مفهوم تأكيد الذات فى هذا الفصل ، لتحقيق التناسق مع الكتابات النفسية عن هذا الموضوع ، لكن يجب أن يكون واضحا فى ذهن القارئ فى نفس الوقت بأننا نشير إلى المعنى الايجابى والسلبى الذى قد يلائمه أكثر مفهوم الحرية الإنفعالية .

والعلاج النفسى السلوكى بطريقة تأكيد الذات لايجب أن يقتصر إذن على تدريب الناس على التعبير عن احتياجاتهم ، وحقوقهم ، وعدوانهم

---

* التدريب على العدوان فى العلاج النفسى يختلف عن العداوة والكراهية ؟ العدوان ذو طبيعة تكيفية ، أما الكراهية والعدوان فهى سمات شخصية لاتخدم التوافق .

(ولو أن هذا ضروري في كثير من حالات الفصام الخفيفة ، وعدم الثقة بالنفس ، والانسحاب ، والشعور بعدم كفاءة الشخصية). لكن التوازن في التعبير عن تأكيد الذات يجب أن يتضمن أكثر من هذا ، أي أن يتضمن تدريب الشخص على الجانب الاخر أي التعبير الإيجابي. وعلى سبيل المثال فقد لاحظت في تعاملي مع المرضى العقليين (وبعض المرضى النفسيين أيضا)، أنهم يستطيعون أثناء جلسات العلاج الجمعي التي كنت أديرها، التعبير عن المعارضة ، والرفض ، والمعاندة ، كذلك يميلون للنقد اللاذع ، والسخرية ، ويعتنقون بشكل عام اتجاها عدوانيا نحو الناس والمعالج على السواء. لكنني كنت ألاحظ عجزهم الشديد وتخلفهم النفسي العميق عندما كان يتطلب الامر منهم خلال هذه الجلسات التعبير عن المودة أو الاعجاب بفكرة معينة ، أو مدح سلوك طيب ، أو تأييد رأي جيد. في مثل تلك الحالات من الضروري التدرب على حرية التعبير الايجابي باستخدام عبارات مثل «أنني معجب بالكلمة التي قلتها في ذلك الإجتماع» ، أو « لقد قمت بعمل ممتاز حقيقة » أو «أنني فخور بصداقتي لك » ، «وأحب طريقتك في الحديث .... ألخ».

ومع ذلك فان كثيرا من الاشخاص يجدون صعوبة في التعبير الايجابي مهما حاولنا أن ندربهم على ذلك ، وقد يصبح بعضهم دفاعيا ومتهكما . وقد يبرر عجزه بأن أفعاله تدل على الحب ، وانه لايحتاج إلى التعبير عن ذلك. لكن الخبرة تبين لنا أن التطابق بين الفعل والكلمة أمر ضروري للصحة النفسية. فقد تستمتع بالاصدقاء والجلوس والحديث معهم وزيارتهم في منازلهم ، لكن تعبيرك عن ذلك صراحة في كلماتك لهم قد يكون

من أكثر العوامل اشباعا لك ولهم ، باطلاق حرية التعبير الإنفعالى بجانبيه الايجابى والسلبى.

وقد يتصور البعض أن التعبير الايجابى عن الإنفعال قد يعنى النفاق والخداع والتلاعب بمن هم حولنا. لكن الفرق بين التصورين فرق كبير حقيقة . ففى حالات النفاق والتلاعب ، وخداع الناس باعطائهم صورة مضللة غالبا ما يكون الهدف تحقيق منفعة شخصية ، قد يكون تحقيقها على حساب الصحة النفسية للشخص ، لكن تكوين عادات الحرية الإنفعالية يعنى القدرة على اعطاء عائد صادق وأمين ، أى أن يكشف الشخص عن مشاعره الحقيقية وأن يفعل ذلك فى صراحة وانفتاح. ونتائجها بهذا المعنى غالبا ما تعود بانخفاض فى مستوى القلق، ومقدرة على تكوين علاقات وثيقة وانسانية ، واحترام للذات ، ومقدرة على التكيف الإجتماعى الفعال.

الاساس العلمى والتطور التاريخى لمفهوم تأكيد الذات :

لكى نلم بالأساس النظرى العلمى للتدريب على تاكيد الذات علينا أن نرجع قليلا لنظرية «بافلوف» فى التعلم.

لقد برهن بافلوف على أن افراز اللعاب لدى كلاب معمله والذى يحدث آليا عند تعرض هذا الحيوان لمنبه معين من شأنه ارضاء هذا السلوك (كالطعام) ، يمكن أن يحدث بنفس القدر نتيجة لمنبه اخر (صوت جرس أوضوء)واذا ما ظهر هذا المنبه الاخر مصاحبا للمنبه الاصلى (وهو الطعام

والذى يطلق عليه بافلوف اسم المنبه الاصلى). وفى النهاية نجد أن المنبه الشرطى (صوت الجرس او الضوء من شأنه وحده أن يثير نفس الاستجابة (افراز اللعاب). يطلق بافلوف على عملية التعلم هذه مفهوم التعلم الشرطى.

وبالرغم من العبقرية والكفاءة التى صاغ بها بافلوف نظرياته عن التعلم الشرطى الا أن كثيرين اخذوا عليه بعد ذلك هذا التصور الآلى الميكانيكى للسلوك، ومع ذلك فان التجربة السابقة قد تساهم فى أعطاء صورة مضللة لانجازات «بافلوف» ذلك لان هناك جوانب أخرى من هذه النظرية تجعل منها ذات دور هام فى التطور بالسلوك الإنسانى بمفاهيم أكثر اتساعا وانفتاحا.

منها ما اكتشفه " بافلوف" من أن هناك خصائص موروثة من شأنها أن تساعد الناس والحيوانات على سرعة تكوين عادات التعلم الشرطى ، وان هناك خصائص أخرى تعوق ذلك. وبناء على هذا التصور نجده يميز بين خاصتين رئيسيتين للجهاز العصبى هما :

١ - الاستثارة Excitation وهى عملية تتعلق باستثارة المخ ، ومن شأنها توليد نشاطه ، وتيسير تكوين استجابات شرطية جديدة.

٢- عملية معارضة للاستثارة ومن شأنها التقليل من النشاط والتعلم الجديدين ويطلق عليها عملية "الكف" Inhibition (٢).

ومن المتفق عليه أن المخ (مركز هذه العمليات)يجب أن يبقى فى حالة من التوازن والتعادل بين الكف والاستثارة حتى تتحقق الشروط الفسيولوجية المتعلقة بالصحة النفسية. فالاستمرار فى الاستثارة يهدد

بقاء الانسان وينتهى بمضاعفات خطيرة فى المخ. أما الوقوف على حالة الكف فأنها أيضا تؤدى إلى اضطرابات سيكلوجية كالخمول النفسى، وانخفاض الطاقة، ومشاعر عدم الكفاءة.

ومنذ أن صاغ « بافلوف» هذا التصور قام عدد من علماء العلاج النفسى السلوكى بتوظيف هذه المبادئ للخدمة النفسية والعلاج. ولعل من أبرز الاسماء التى يذكرها تاريخ العلاج النفسى « سالتر» الذى كان أستاذا بجامعة نيويورك حتى وفاته سنة ١٩٤٩ , لقد استطاع « سالتر» أن يستخدم نظرية بافلوف بنجاح فى منهج من مناهج العلاج النفسى أثر على كل المناهج الحديثة فى العلاج السلوكى.

التحرر من الكف والقيود الانفعالية :

ويطلق سالتر على منهجه فى العلاج أسم «العلاج بطريق الفعل المنعكس الشرطى » منطلقا تماما من مفاهيم نظرية « بافلوف » يقول « سالتر» :

« فكما ان كلب «بافلوف» تعلم أن يفرز اللعاب عندما يدق الجرس، كذلك الطفل الإنسانى يتعلم أنواعا من السلوك بطريقة شرطية من بيئته، ومن غير ارادته. فاذا ما كانت جميع أفعال الطفل تقابل من الام بأوامر رافضة «لا... لاتفعل هذا» ، فان الطفل سيكف انفعالاته وينسحب إلى نفسه، تماما عندما كان المجرب فى تجارب «بافلوف» يعاقب الكلب بسبب افراز اللعاب وبتعبير« بافلوف» فان افراز اللعاب عندما يدق الجرس مؤذنا بظهور الطعام يعتبر مثالا للاستثارة الشرطية. أما أذا أخذ الجرس يدق مرة تلو

الأخرى ، دون أن يصحبه طعام ، أو اذا عاقبنا الحيوان عندما يرن الجرس بدلا من تقديم اللحم ، فان أفراز اللعاب سيتوقف وهذا يعتبر مثالا للكف الشرطى » .

وبناء على هذا التصور نجده يميز بين نمطين من الشخصية الإنسانية : **الشخصية المكفوفة** أو المقيدة وهى شخصية منسحبة ، وحبيسة لانفعالاتها ، وعاداتها ، وتقاليد المجتمع وعاداته ، والشخصية المنطلقة أو المستثارة ، وهى شخصية تلقائية ، وايجابية ، ومباشرة ، وخالية من القلق :

« الاستثارة قانون أساسى من قوانين الحياة ، والعصاب نتاج لكف الدفعات الطبيعية التى تحكمها هذه القوانين »

أما لماذا تزداد عمليات الكف عند البعض وتزداد عمليات الاستثارة عند البعض الاخر ، فان هذا يتعلق فى الحقيقة بالخبرات الإجتماعية والتعلم فى الطفولة وذلك لأن :

« سلوك الطفل الصغير يتجه للاستثارة . فهويتصرف من غير قيود . واذا ماتركناه كذلك دون تدخل فى مجرى سلوكه فيما عدا ارضاء حاجاته البيولوجية ، فان نمطه الاستثارى سيتطور فى هذا الاتجاه . أما اذا بدأنا عمليات الكف مبكرا فى حياة الطفل ، فانه هنا تحدث المتاعب » .

ولايعنى ذلك أن نرفض الكف تماما فى السلوك ، لان حياة الإنسان فى مجتمع تتطلب ضرورة كفه لبعض التصرفات ، لكن افراط الحياة الحديثة بناء على مفاهيم تربوية خاطئة تفرط فى هذا الكف وتتطرف فى ممارسته ، فعلى الطفل أن يكون «مؤدبا» فى كل الاوقات ، وان لايعارض

الآخرين ، أو يقاطعهم، وأن يكون غيريا دائما، أى لايكون بشكل عام انسانا يخطئ بمقدار ما يصيب، بل ان عليه أن يكون مصيبا دائما . « أننا بهذا الشكل نفرض أنماطا من الكف الضرورية التى تسمح له بالحياة فى المجتمع ، لكن ماذا يتبقى له بعد ذلك من أجل سعادته الخاصة ؟» .

وتهدف عملية العلاج النفسى وفق هذا التصور السابق إلى وضع أساليب للتغيير من نمط الكف إلى الاستثارة والانطلاق. ومن الطرق التى استخدمها «سالتر» التنويم المغنطيسى ، وأساليب تأكيد الذات بهدف تمكن الشخص من التعبير عن إنفعالاته بحرية. كذلك كان يعين لمرضاه أعمالا خاصة علاجية ، يطلب منهم تنفيذها عند تفاعلهم بالبيئة وتكيفهم معها ، كالتلقائية ، والاسترخاء والتعبير المباشر عن المشاعر ، وتغلب الفعل على التفكير ، والامانة ، والصدق فى السلوك.

وقد يختلط مفهوم الشخصية المنطلقة أو المستثارة بمفهوم الانبساط ، والميول الإجتماعية ، وحب الاختلاف. لكن « سالتر» يرى أن مفهومه يختلف عن ذلك كثيرا ، فكثير من الاشخاص الذين يبدون للناظرين على أنهم اجتماعيون وذو صداقات متعددة ، وقدرة على التأثير فى الاخرين والتفاعل الإجتماعى ، هم فى الحقيقة أبعد ما يكونوا عن الصحة النفسية أى من حيث التعبير عن الامانة ، والصدق والحرية فى التعبير الإنفعالى : « ان الإنسان يستطيع أن يكون مقيدا وهو فى قمة النشاط الإجتماعى ، وانه ليس من النادر أن تجد كثيرا من الاشخاص يثيرون حولهم الضجيج كبعض المحامين ، والمهندسين ، لكنهم من الناحية الانفعالية أبعد ما يكونوا عن التكامل »

وعندما يكون المعالج النفسى ذاته قادرا على تأكيد ذاته وعلى التعبير الإنفعالى الحر تكون فائدته لمريضه كبيرة ، فهو يمنح مريضه نموذجا صحيا فعالا . فلنرى كنموذج لذلك هذه الحالة :

حالة الشاب المدلل والمعالج الحازم :

« المريض ، ولنطلق عليه السيد (أ)شاب طويل ، وسيم وابن لثرى . كان يبلغ من العمر فى وقت العلاج خمسة وعشرين عاما ، ويعد للحصول على الدكتوراه فى علم الإجتماع . يتحدث بطريقة غامضة عن آماله ، وأهدافه فى اصلاح الإنسانية والنهوض بها . لكنه يشعر بأنه ممل ، وأنه يفتقر إلى جاذبية الحديث . ومع ذلك فقد أبدى كل مظاهر اليقظة والنشاط ، والتشويق أثناء الجلسات العلاجية ، وان كان يتصرف بطريقة عنيدة خاصة عندما كان المعالج يختلف معه . وبالرغم من أنه قرر بأنه لايشعر بصعوبة المواد الدراسية التى يدرسها ، الا أنه يجد صعوبة فى التركيز ، لان ذهنه « يتجول دائما هنا وهناك » يتقلب لساعات قبل أن يغرق فى نوم متقطع . يريد من المعالج أن يعلمه كيف ينوم نفسه مغناطيسيا حتى يتخلص من الارق . وقد حاولت (أى المعالج)أن أعلمه بالفعل التنويم لكننى فشلت معه ،، لان ذهنه كان يتجول فى أشياء أخرى ، ويقارن أساليبى فى التنويم بقراءاته فى هذا الموضوع وبالتالى بما يجب على أن أفعله حتى أنجح فى تنويمه . وعلى العموم فلم يحدث أى تقدم فى هذه الوجهة».

« بدأت بعد ذلك أغير من طريقتى معه إلى طريقة حازمة ، فبينت له أننى غير مسئول تماما عن كل الافكار التى تجول بذهنه ولا يهمنى فى قليل

أوكـثـيـر. وبحـزم أوضـحت له ، بأننى أنا السلطة العـلاجـيـة هنا ، وأنه جـاء ليستشيرنى فى مشكلاته لالكى يقدم لى النصيحة فيما يجب أن أفعله أو لا أفـعله. وأنه يجب أن ينفـذ مـا آمـره به تمامـا اذا اراد أن ينجح فى تعليم التنويم الذاتى. والحقيقة أننى أجد هذا المنهج الحازم فعالا خاصة مع هذا النمط من المرضى المدللين الذين أفسـدتهم التـربيـة بحـيث يتـعـذر التـواصل معهم الا من خلال موقف انفعالى جديد » .

« ويهوى المريض الموسيقى ، وهو فى الحقيقة صاحب أذن موسيقية مدربة. لهذا قررت أن أعدل من طريقتى فى العلاج ، وطلبت منه أن ينصت إلى طقطقة أصابعى ثم توقفت وسـألت : هل لا زلت تسمع هـذا الصوت فى رأسك ؟ (بعد أن توقفت عن طقطقة أصابعى). فأجاب بالايجاب » (٣) .

« عندئذ قـمت بقرعة خـفيفة على مكتبى بقلمى. قائلا هل تسـمع هذا الصوت؟ « فأجاب بالايجاب » .

«قلت : » هـذا جـمـيل. والان أننى أرى أن هـذا الاجـراء ضـرورى وسننطلق من خلاله فى خطتنا العلاجية عندما أراك فى المرة القادمة ».

المريض : ألن تقوم بتنويمى اليوم ؟

ابتسمت ابتسامة خفيفة وقلت : « اذا أردت أن أساعدك ، فيجب أن يكون ذلك بطريقتى الخاصة. اننى لاأنتظر أوامر منك توضح لى ما يجب أن أفعله الان او المرة القادمة » .

ويعلق سالتر على ذلك قائلا :

« وربما يرى البـعض أن هـذا الاسلوب قـد يخـيف المريض وبالتـالى ينفره من العلاج تماما، ولكن الخبرة علمتنى بأن هذه أفضل طريقة للتعامل مع المرضى الذين يحاولون ان يوجهوا الناس والعلاج بطريقتهم الخاصة. ان اختـلافى هنا فى الاسلوب ، وليس فى المبادئ الرئيسـية التى يجب ان ينتهى اليها العلاج النفسى» .

« لقد خرج الشاب وهو منزعج ، لكن حبه لاستطلاع ما قد أحمل له كان واضحا وهذا ما كنت أهدف إليه فى الحقيقة » .

" وفى الجلسة التالية : كررت مبينا له أنه يجب ببساطة أن ينصت إلى وأن ينفذ ما أقول. اننى اسمح له بأن يضيع وقته ، ولكننى لا أسمح له بأن يضيع وقتى ، وأنه مالم يتعاون معى تماما فان عليه أن يتفضل بالخروج والان » .

المريض : لماذا ، ما هو خطئى حتى ألقى هذه المعاملة ؟

المعالج : انك مخطئ لانك تتصرف بما أنت. هذا كل ما هناك. ان شرائك تذكرة دخول للمسرح لايعطيك الحق فى ان تختار الحوار للممثلين.

المريض : (يبتسم).

المعالج : جميل ... والان أريدك أن تنظر إلى هذه البقعة المنعكسة من هذا الضوء (أشرت إلى وعاء لامع موضوع فوق مكتبى). هل ترى هذه البقعة الضوئية .

المريض : نعم .

المعالج : والان فى كل مرة أضرب لك فيها بأصابعى أريدك أن تنظر إلى هذه البقعة ، وأن تغمض عينيك باسترخاء وبالتدريج. أريدك أن تغمضها بالتدريج وبرقة لصالحك. ستجد ذلك جميلا ومشوقا

للغاية استرخى المريض على كرسيه المريح وهو يحملق فى البقعة. نقرت بأصابعى، فأغلق عينيه. أنتظرت لثلاث ثوانى وعندئذ قلت بهدوء « افتح الان عينيك ». فتح عينيه واستمر ينظر للبقعة. انتظرت ثلاث ثوان أخرى ثم قلت « افتح عينيك » فعل ذلك.

جميل من الان فصاعدا أريدك أن لاتفكر فى شئ، وأن تسترخى، وأن تهدأ كأنك تعيش فى حلم من أحلام اليقظة. وفى نفس الوقت أريدك أن تغلق عينيك دون تفكير حالما أضرب لك بأصابعى، وأن تبقى عليهما مغلقتين حتى أطلب منك أن تفتحهما. حاول أن تسترخى، وان لاتفكر فى أى شئ، فكر فى جسمك فقط.

« لقد كان المريض الان منتبها لى تماما، وكان واضحا أن عناده وميله للمخالفة قد أنتهيا »

« طقطقت أصابعى. أغلق عينيه، انتظرت ثلاث ثوان وطلبت منه بعدها أن يفتحها. نقرت بأصابعى مرة أخرى. أغلق عينيه .. مرت ثلاث ثوان أخرى. وطلبت منه أن يفتح عينيه. كررت ذلك أربعين مرة وبعدها قلت له » :

المعالج : هاه بماذا تشعر الان.

المريض : (مندهشا) أشعر باسترخاء كامل.

المعالج : جميل ... سأقول لك لماذا .

« وبدون توقع منه طقطقت بأصـــابعى ، وبالرغم من أنه لم يكن مركزا على البقعة فقد رمشت عيناه »

المعالج : ما الذى حدث الان ؟

المريض : رمشت بعينى عندما طقطقت بأصابعك .

المعالج : هذا جميل » .

«ان هذا يعنى الان أنه أمكن التحكم فى اغماض جفنى المريض بطريقة الارتباط الشرطى »* .

« ثم أخذنا فى استئناف تمارين الضرب بالاصابع واغماض العينين لمدة أربعين مرة أضافية وتوقفت بعد ذلك » .

المعالج : والان هل يمكنك أن تتخيل صوت الضرب بأصابعى بينما أنا لاانفر بها بالفعل.

المريض : نعم بالطبع .

---

* المنبه الشرطى هو الطقطقة بالاصابع واغماض الجفنين والاسترخاء يمثلا الاستجابة الشرطية : أما المنبه الاصلى فهو الوعاء اللامع . وتعلم الاسترخاء أثر الضرب بالاصابع يشير إلى عملية التعلم الشرطى .

المعالج : هل تستطيع أن تسمعها بوضوح فى ذهنك ؟.

المريض : (يومئ علامة الموافقة).

المعالج : والان ساقول لك ما أريد أن تفعله ، أريدك أن تستمر فى ممارسة هذه التدريبات عشر دقائق يوميا ، مرة فى الصباح عندما تستيقظ من النوم، ومرة فى المساء عندما تذهب للسرير. فى كل مرة تخيل نفسك أنك تنظر إلى بقعة مضيئة ، وتخيل الحالة الهادئة التى أنت عليها الان وأوهم نفسك بأنك تسمع صوت اصابعى. حاول أن تفكر فى ذلك بمشاعر الاسترخاء ثم أغلق عينيك. قد يبدو الامر معقدا وصعبا، لكنه فى الحقيقة غير ذلك.

المريض : أظن أفهم الان ما تريد : ولكن ماذا لو أننى لم استطيع النوم.

المعالج : حاول أن تقوم بهذه التمارين. واذا وجدت أنها لاتشد تركيزك : توقف عنها. لكن أيضا لاأريدك أن تحمل عنها منذ البداية رأيا خاطئا.

أنها ستجعلك تسقط فى النوم فى الحال. كل ما أريده منك هو أن تفعل هذه التمارين فحسب. أذا قمت بذلك ، فالباقى لايهم. افعل كما أقول لك هذا كل ما هناك.

« وفى الجلسة التالية قرر المريض بأن التمارين تزيد من استرخائه. فضلا عن هذا فان قدرته على التركيز قد أزدادت. كما ذكر للمعالج أن التوتر الذى كان يلقاه فى علاقاته الإجتماعية يختفى تماما عندما يمارس الاسترخاء قبل الدخول فى مثل هذه المواقف» .

« والحقيقة أنه أصبح يمارس هذه التمارين أكثر من ثمان مرات يوميا .. اصبح قادرا على ضبط نفسه والاسترخاء العميق والسريع فى كل مرة» .

« لقد كان هدفى من كل هذا أن أجعل حياته أكثر يسرا وارضاء له. انه طفل فى ثياب شاب ، أفسدته التربية بحيث أن أى احباط يمكن أن يواجهه فى الحياة يبعث فيها التوتر والانحصار. لقد كنت بهذا الاسلوب ، وبهذه التمرينات التى علمتها له أهدف إلى أن أحوله لإنسان أهدأ ، مما يجعله أكثر قدرة على التحمل والمسئولية ، وبالتالى أكثر قدرة على تذوق مشاعر هذه الاشياء. ان الإنسان القادر على ممارسة الحرية الإنفعالية - كما أوضحت لهذا المريض - لايجد صعوبة فى النوم ، ولايصيبه الارق. ويشعر بالتحسن يوما بعد يوم ».

« وقد جاء المريض بعد ذلك بفترة يقول لى » :

« صحيح .. فكر معى فى كل هذا . ان بى كل جوانب النقص الموجودة فى أى كائن بشرى. فما أنا إلا مجرد شاب من أسرة ثرية . إنك تقول أنى ذكى ، لكن هذا هو كل ما يمكن أن يقال عنى. إننى فى الحقيقة لم أفعل شيئا واحدا فى حياتى يشعرنى بالاهمية ».

« كان ذلك قبل أن ينقطع المريض عن العلاج بنجاح ، وقبل أن أسمع منه بعد ذلك أنه قام بقضاء احدى اجازاته الصيفية فى زراعة أشجار المطاط فى احدى غابات افريقيا ، وفى خلال اجازة صيفية أخرى كممارس لرياضة صيد النمور فى الهند »

ومن الواضح أن منهج «سالتر» فى الحالة السابقة قام على أساس تدريب المريض فى البداية على الاسترخاء (كشكل من أشكال قوة التحكم فى الذات) ومن هذا التدريب بدأ الشاب يتمكن تدريجيا وبسرعة من التلقائية ، والمبادأة فى المواقف الإجتماعية. وقد تلت هذه الخطة ، محاولة لتدريبه على تأكيد ذاته ، وربما يفسر هذا ما قرره الشاب بعد ذلك من أنه

اصبح قادرا على النجاح الإجتماعى ، واكتساب مشـاعر جديـدة بحب الناس له .

وربما تثير الخطة الحازمة القاسية التى بدأ بها المعالج بعض الجدل ، لكن يجب أن نلاحظ فى الحقيقة أن المعالج وهو يدرب المريض على الاسترخاء كان يرسم أمامه نموذجا لشخصية ناجحة وقادرة على تأكيد ذاتها واحترامها لنفسها . وفى هذا الصدد يذكر بعض الكتاب ان على المعالج أن يستخدم بعض الاساليب اللفظية لتدريب عملائه على تأكيد الذات وذلك كالتعبير اللفظى التلقائى عن المشاعر ، وأن يعودهم على تعمد إستخدام كلمات يكثر فيها ضمير المتكلم ، مثل « أنا أرى » أو « أنا أعتقد » .. إلخ أو الإرتجال والتلقائية بدلا من التخطيط البعيد للمستقبل .

المعنى الحديث لتأكيد الذات

يعرف مفهوم تأكيد الذات بأنه قدرة على التعبير الملائم عن أى انفعال نحو المواقف والاشخاص فيما عدا التعبير عن انفعال القلق. اننا بسبب مخاوفنا ، وعجزنا عن التعبير عن مشاعرنا فى مواقف الاتصال بالناس نقمع رغبتنا فى الشكوى من تصرف سخيف ، أو نكتم معارضتنا عند الاختلاف مع الناس والاصدقاء ، أو نرغم أنفسنا على البقاء فى جماعة مملة ، أو حتى لانعبر عن حبنا ، واستمتاعنا بالاشخاص أو بأشياء جميلة .

أن مفهوم تأكيد الذات بهذا المعنى يماثل تماما مفهوم الشخصية الاستثارية الفعالة عند سالتر ، لكن المفهوم الحديث أكثر تخصصا . فحتى القلق – وهو جوهر العصاب – لايخلو من الاستثارة بالشكل الذى يشير اليه سالتر ، بينما يهدف اسلوب تأكيد الذات إلى قمع القلق وكفه أساسا .

ومن الواضح أن التصور الحديث لتأكيد الذات قائم على نظرية مختلفة في العصاب مؤداها - كما أشرنا قبلا - أن القلق استجابة متعلمة غير تكيفية لمواقف أو منبهات محايدة (أى ليس فيها ما يؤدى إلى مشاعر الخوف أو الصراع) ، وأنه بهذا المعنى يشكل عنصرا رئيسيا من عناصر السلوك العصابى. ويقوم التخلص من القلق على أساس تعريض الكائن وتعليمه عددا من الاستجابات المعارضة للقلق أثناء تعريضه لمواقف الخوف والصراع ،، بحيث يختفى القلق والخوف تماما نتيجة لتأثير الاستجابات المتعلمة الجديدة ، وتأكيد الذات وحرية التعبير الإنفعالى هو أسلوب من الاساليب التى تتعارض مع القلق وتنفيه .

لماذا تعتبر استجابات تأكيد الذات معارضة للقلق ؟

خذ على سبيل المثال هذا الموقف : (أ) شخص رقيق ولطيف المعشر ، يصفه زملاؤه بأنه انسان طيب وودود . لكن (أ) يصف نفسه بأنه دائم القلق عندما يكون بين زملائه . فهو يشعر بأنه اذا أبدى رأيه فى مشكلة داخلية أو عبر عن مشاعره فى مشادة واضحة فسيخسر احد زميليه . انه يجد ان رغبته فى ان يكون محبوبا من جميع اصدقائه تمنعه وبالتدريج من الافصاح عن اى مشاعر حقيقية ، وتمنعه كذلك من الدفاع عن نفسه فى مواقف صراع مع « ب » ، « جـ » من الزملاء. انهم يتصرفون نحوه بعدم اكتراث واهمال ... مما يقلل من احترامه لذاته ، ويتهمونه بأنه انسان بارد ، ضعيف الشخصية . لا يدرى «أ» ماذا يقول ،، ويعود إلى منزله، فلا يستطيع النوم

ويمتلئ ذهنه بالتوتر . تتكرر هذه التصرفات مع "أ" إلى أن يصبح منعزلا ، عاجزا تتملكه مشاعر قوية بالإكتئاب والمخاوف ، خاصة عندما يتطلب الموقف تعاملا مع الاخرين.

يذهب «أ» للمعالج النفسى ، فيرى المعالج أن خوف «أ» من التعبير عن مشاعره مع الاخرين خوف ، لا مبرر له على الاطلاق ، لكن من المؤسف أن هذا الخوف هو ما يتملكه ، ويجعله تحت رحمة الاخرين ، عاجزاً عن التعبير عن شعوره بالاحتقار أو الغضب فى المواقف التى تتطلب هذا . وقد يوضح له أيضا أن خوفه من التعبير عن غضبه ، يدفعه للانسحاب من المواقف الإجتماعية التى تتطلب منه الصمود. لكن هذا الانسحاب لا يخفف من مشاعر القلق والإكتئاب التى تتملكه نتيجة لتلك الاحباطات المختلفة ، بل على العكس ان قمع هذا التعبير يزيد من حدة هذا القلق والمخاوف. ويوضح له أن الامر قد يبدو صعبا فى البداية، لان استجاباته الانسحابية السابقة تكونت بفعل عملية تعلم طويلة المدى ربما ترجع إلى طفولة "أ" ، لكن مع هذا فان عليه أن يعود نفسه تدريجيا على ذلك ، وأنه من خلال الممارسة سيصبح الامر أكثر سهولة ويسرا .

وبالتدريج يستطيع «أ» ان يتصرف بحرية مؤكدا ذاته ، ومعبرا عن انفعالاته الحقيقية : غضبه أو احتقاره ،أوعدوانه. انه لايستطيع ان يوقف هؤلاء الذين يهددون طمأنينته وحريته فى المواقف المختلفة بايقاف عدوانهم بعدوان مماثل ، لكنه أيضا يجد لدهشته أن كثيرا من مشاعر القلق السابقة تختفى ، وأن اكتئابه أيضا يتناقص إلى حد بعيد . ان ثقته بنفسه الان جعلته قادرا لا على التعبير عن عدوانه فحسب ، بل وأيضا عن تأييده للأشياء الايجابية التى تصدر منهم . لقد قرر زملاؤه أنه انسان محبوب ومحترم أيضا ..

من هذا المثال التصورى السابق كان «أ» يعيش تحت نظام شديد من المحظورات جعلته يفتقد تماما حرية التعبير بما يناسب المواقف المختلفة. والإنسان العادى يستطيع أيضا أن يشكل سلوكه على حسب المواقف المختلفة. ، وبالتالى يشكل قدراته على التعبير والحرية. وفى كل مرة ينجح فيها تزداد ثقته بنفسه وقدرته على الضبط الذاتى وبالتالى يخف قلقه فى المواقف المختلفة. وهذا ماحدث بالنسبة ل «أ» ان تدريبه على الاستجابة الانفعالية الملائمة ، وتأكيد الذات قضيا على عاداته العصابية فى المواقف الإجتماعيةلمختلفة. ان تأكيد الذات هنايلعب نفس الدور الذى يلعبه الاسترخاء والتطمين من حيث أنها جميعا ، كاستجابات تؤدى إلى كف القلق المستثار تؤدى إلى تكوين عادات معارضة لعادات الخوف والقلق.

ان المريض النفسى الذى اعتاد على تقييد مشاعره بالرفض أو الاحتقار فى المواقف التى تتطلب ذلك ، يعمل بهذا التقييد على زيادة نزعاته العصابية واستجاباته غيرالتكيفية (القلق) ، ولا يخفف منها. وعندما يوضح المعالج بطريقة بسيطة الحاجة لتأكيد الذات ، وبالتالى خلق عملية معارضة من شأنها ايقاف استجابات القلق ، فانه يصطاد فى الحقيقة عصفورين بحجر واحد : يخلق أنماطا جديدة من السلوك البناء ، ويوقف نمطا قديما من المحظورات والعادات غير التكيفية.

قياس القدرة على تأكيد الذات :

من حسن الحظ أن المعالج النفسى السلوكى لا يجد مشكلة تذكر فى تقديرمستوى مريضه من حيث قدرته على تأكيد الذات أو على أقل تقدير فان المشكلات التى يواجهها هنا أقل مما يواجهه فى الانماط

المرضية الاخرى. فمن ناحية نجد أن المريض نفسه على دراية واضحة بضعفه فى جانب معين ، وربما يكون دافعه الاساسى لطلب العلاج وهو مثلا عجزه عن المطالبة بحقوقه ، أو التعبير عن نفسه فى المواقف التى تتطلب علاقة بالسلطة أو الجنس الاخر ، أو عجزه عن الحديث فى موقف يتطلب ذلك ، ويشعر بالاسى والاسف بعد ذلك لانه ترك الفرصة تمر دون اقتناصها .. الخ .

لكن لب المشكلة لايكمن فى اكتشاف العجز أو عدم العجز فى التعبير عن الذات والثقة ، بمقدار ما يمكن فى تحديد أنماط وأنواع المواقف الإجتماعية المختلفة التى يعجز فيها المريض عن هذا التعبير وهنا أيضا نجد لحسن الحظ أن هناك عددا من اختبارات الشخصية التى تساعد من ناحية على تقدير مستوى الشخص من حيث القدرة على تاكيد الذات ، كما تساعد من ناحية أخرى على تحديد المجالات النوعية المرتبطة بالعجز عن تاكيد الذات . والاستبيان التالى أعد خصيصا للكشف عن مجالات العجز عن الثقة وتاكيد الذات. سنلاحظ أن بعض الاشخاص قد لايجد مشكلة مثلا من الشكوى من خدمة سيئة فى مكان حكومى أو عام ، او الشكوى من صديق ، أو الزوجة (أو الزوج) لكنه يجد مشكلة حقيقية فى تاكيد ذاته فى المواقف الشخصية الحميمة كالاحتجاج على الوالدين ، أو أخطاء شخص فى موقع سلطة .. الخ . وهذا الاستخبار فى جزء من أجزائه يهدف إلى التحديد النوعى لهذه المجالات ، حاول أن تجيب على عباراته (نعم) أو (لا) ، ثم ناقش بينك وبين نفسك كل سؤال بالتفصيل محاولا أن تحدد مواطن الضعف

فى التعبير عن مشاعرك فى جوانب الحياة الإجتماعية المختلفة :

١ – هل تحتج بصوت عال اذا دفعك شخص معين لكى يتقدمك فى صف أو طابور ؟

٢ – هل تجد صعوبة فى تأنيب مساعد أوشخص أقل منك منزلة ؟

٣ – هل تتجنب الشكوى من خدمة سيئة فى مطعم أو مكان عام ؟

٤ – أنت من النوع الذى يعتذر بكثرة ؟

٥ – هل تتردد فى ارجاع شئ اشتريته (قميص أو توب) لنفس المحل بعد أيام من شرائه بسبب عيب معين ؟

٦ – عندما ينتقدك صديق دون وجه حق هل تعبر عن ضيقك ومشاعرك بين الحين والاخر ؟

٧ – هل تتجنب الاشخاص المحبين للتسلط والسيطرة ؟

٨ – اذا وصلت إلى اجتماع متأخرا هل تفضل الوقوف عن الجلوس فى كرسى من الصفوف الامامية ؟

٩ – هل تستطيع أن تعارض شخصا مسيطرا ؟

١٠ – اذا وجدت سيارة فى المكان المفروض أن توضع فيها سيارتك فهل تبحث عن مكان أخر بدلا من أن تستفسر أو تحتج ؟

١١ – هل تجد صعوبة فى رفض سلعة أو بضاعة يعرضها عليك بائع لحوح ؟

١٢ – هل تعبر عما تشعر به ؟

١٣ – اذا سمعت بأن أحد الاصدقاء يشيع عنك أخباراً دعائية مسيئة هل تتردد فى ايقافه عن ذلك ؟

١٤ – هل من الصعب عليك أن تتقدم بالتماس لطلب معونة مادية لشىء مهم ؟

١٥ – هل تحتفظ فى الغالب بآرائك لنفسك ؟

١٦ – هل تجد صعوبة فى بدء مناقشة أو حديث مع شخص غريب عنك ؟

١٧ – هل تستطيع أن تعبر عن حبك واستلطافك لبعض الاشياء بصور متفتحة ؟

١٨ – اذا شعرت بأن الطعام يقدم لك فى المطعم لم يقدم بطريقة ترضيك هل تشكو من « الجرسون » ؟

١٩ – هل تتجنب ايذاء مشاعر الآخرين ؟

٢٠ – اذا حضرت محاضرة عامة هل ترد على المحاضر اذا شعرت ببعض التناقض فى كلامه ؟

٢١ – هل تحافظ أحيانا على هدوئك بحثا « عن السلام »

٢٣ – اذا طلب منك صديق طلبا غير معقول هل ترفض ذلك ببساطة ؟

٢٤ – اذا حدث أنك اكتشفت بأن باقى النقود التى أعطيت لك فى مكان تجارى ناقصة هل تعود من جديد لتوضيح ذلك ؟

٢٥ – اذا منعك البوليس من الدخول لمكان هو فى الحقيقة من حقك هل تحتج ؟

٢٦ – اذا ضايقك قريب (أب أو أخ) تحترمه هل تخبئ مشاعرك بدلا من الكشف عن ضيقك الحقيقى ؟

٢٧ – هل يظهر غضبك أكثر مع افراد من نفس جنسك أكثر مما يظهر مع أفراد من الجنس الاخر ؟

٢٨ – هل تجد صعوبة فى مدح أو تقريظ الاخرين ؟

٢٩ – هل لديك أشخاص موثوق فيهم تستطيع أن تناقش معهم مشاعرك الحقيقة ؟

٣٠ – هل تعجب بالاشخاص الذين يحتفظون بقدرتهم على المقاومة مهما حاول الاخرين تخطيئهم ؟*.

الأساليب السلوكية :

والآن بعد أن عرفنا معنى تاكيد الذات ، والمجالات المختلفة التى تشعر فيها بالافتقار لذلك ، تبدأ مرحلة تعديل السلوك باستخدام عدد من الاساليب تثبت البحوث والخبرة فاعليتها إلى حد بعيد ، وفيما يلى شرح لبعضها :

---

* التعبير عن الثقة وتاكيد الذات يظهر فى الاجابة ب" نعم " على العبارات ١ : ، ٦ ، ٩ ، ١٢ ، ١٧ ، ١٨ ، ٢٠ ، ٢١ ، ٢٣ ، ٢٤ ، ٢٥ ، ٢٩ ، ٣٠ ، والاجابة بـ "لا" على ما عدا ذلك من عبارات . بالرغم من أن درجتك الكليه تكشف عن تاكيد الذات ، فان من المهم أكثر هو تحديد المجالات التى تشعر فيها بعدم الثقة أو العجز (فهى مدعاة للاهتمام مهما قلت (٤) .

١ - أساليب لفظية :

هذه الاساليب من شأنها أن تعلم المريض أن يزيد من حريته الإنفعاليه وقدرته على تأكيد الذات. ومن أهم الاساليب فعالية فى هذا الصدد تعويد المريض وتشجيعه على التعبير المتعمد عن انفعالاته بطريقة تلقائية . ويطلق على هذا الاسلوب اسم « تنطيق المشاعر » feeling talk ، أى تحويل المشاعر والإنفعالات الداخلية إلى كلمات صريحة منطوقة وبطريقة تلقائية. وبالطبع يجب أن يكون ذلك فى حالات الإنفعالات المختلفة سواء كانت تتعلق بابداء الحب أو الرغبة (اننى - احب هذا الشئ ، انه يوم جميل) ، أو عدم الرغبة (اننى لا أحب هذا الرجل وكل ما يدعو اليه) ، و المدح (انك تبدو أنيقا اليوم ، ان الكلمة التى قلتها ذكية بحق)، أو التوقع (اننى أتطلع للقائك والحديث معك فيما بعد) ، أو الدهشة (انه يوم الخميس ستكون الاجازة غدا لا أصدق) ، أو النقد الذاتى (ما أحمقنى اذا أفعل هذا) او الاسف (اننى أشعر بالاسى ، لأننى سأترك هذا المكان) ، أو التصميم (سأظل هكذا مستمرا الى أن أكسب فى النهاية) ، أوالتشكك (هل تعتقد اننى اصدق ما تقوله ؟) أو حب الاستطلاع (اننى سأحلم بما سيحدث فى المرة القادمة) ، أو الشعور بالخلاص (حمدا لله انه يوم الخميس لم أصدق أنه سيأتى؟). أو الشعور بعدم الراحة (ان قدمى تتعبانى) .. الخ .

بعبارة أخرى فان تنطيق المشاعر والحديث عنها بصوت عال يجب أن يشمل كل التنوعات الإنفعالية المختلفة ، والقاعدة الذهبية فى ذلك هى الصدق والامانة مع الشكل الإنفعالى السائد والشعور المسيطر على الشخص.

٢ - التعبير الحر عن الرأى وتأكيد الأنا :

عندما تختلف فى الرأى مع أحد الأشخاص. أظهر مشاعرك الحقيقية بدلا من الموافقة وأبد معارضتك فى شكل واضح. قد تكون معارضتك فى البداية انفعالية ولا تقوم على أساس منطقى ، لا بأس. ان هدفك هو الحرية الإنفعالية وليس كتابة بحث لمجلة علمية محترمة . كذلك الاستخدام المتعمد لكلمة " أنا. " استخدام أنا فى بداية التدريب على تاكيد الذات باكبر قدر ممكن أو " اننى أرى (فى اعتقادى .. سمعت .. الخ " كل هذه العبارات ضرورية. قد يتهمك البعض بانك واثق من نفسك أو مغرور. مرة أخرى لا بأس أنك ستستطيع فى النهاية أن تضبط كل ذلك. تذكر أيضا أن من يتهمونك بهذا قد يتهمونك بانك شخص ضعيف ولا رأى لك اذا كنت عكس ذلك . ومن الاساليب الملائمة (أيضا التعبير عن الموافقة عندما تمتدح ، لاتتحرج عندما يمتدح بعض الاشخاص آراءك او زيك أو شخصيتك بل على العكس أظهر موافقتك على ذلك. انك ستدعم لديهم البحث عن الايجابيات فيك. وبالتالى ستتلقى عائدا ايجابيا من المجتمع انك تحول كل من حولك إلى مجتمع علاجى لك يدعم عاداتك الصحية الجديدة ، ويدعم الاستجابات الفعالة التى لا تزال فى بداياتها .

٣ - التدريب على أحداث استجابات بدنية ملائمة :

فى تدريب القدرة على تأكيد الذات والحرية الإنفعالية من الضرورى أن تكون الاستجابات البدنية ملائمة. ويوجه المعالجون النفسيون فى الوقت الراهن جزءا من اهتماماتهم إلى تدريب التعبيرات الوجهية ، وأساليب الحركة والكلام والمشى كجزء من العلاج النفسى. ومن المهم على اية حال التنبه إلى عدد من هذه الاستجابات مثل : نبرة الصوت ، اذ يجب على الصوت أن يكون قاطعا ، مسموعاً ، واثقا ، كذلك التقاء العيون مباشرة بالشخص أو الاشخاص الذين نتحدث معهم ، كذلك تشكيل الجسم وحركاته. فإستخدام عدد كبير من الشارات باليد والذراع تساعد الشخص على التحرر من قيود التعبير. ومن المهم أن تكون تعبيرات الوجه ملائمة للمشاعر ولمحتوى الكلام. لاتبتسم وأنت توجه نقدا لشخص ما، أو وأنت تريد أن تعبر عن الغضب. كذلك لاتصلب وجهك، ولاتجعل له تعبيرات العداوة، وأنت تحاول أن تعبر عن حبك وإعزازك لشخص معين. اكشف بإختصار مشاعرك الداخلية مع إزالة القناع الظاهرى. إجعلهما متطابقين (٦) .

٤ - التأكيد السلبى :

ويستخدم هذا الأسلوب عندما ترى أنك بالفعل قد قمت بخطأ ما يستحق اللوم والنقد من زميل أو رئيس أو قريب. عندها أعترف بوضوح أنك أخطأت لكن على أن تبين بوضوح أيضا أن خطاك لايعنى أنك سيىء ، أو أنك فعلت ذلك بسوء قصد أو نية، مثلا.

- نعم للأسف فعلت ذلك الخطأ على غير عادتى ولكن لم يكن هذا مقصودا أو بنية سيئة (٧) أو مستنكرا :

- أه ـ ما الذى فعلته !! إننى عادة لا أفعل هذا .

٥ - تجريد إنفعالات الآخرين الغاضبة من قوتها:

ويتضمن هذا الأسلوب أن تتجاهل الحديث (أو الرسالة) التى تأتيك من شخص آخر بشكل إنفعالى غاضب أو ثائر، بأن تجعل تركيزك لا على موضوع الحديث، أو محتوى الرسالة الغاضبة،ولكن على حقيقة أن الشخص هنا غاضب، وأنك لذلك غير مستعد للدخول معه فى مناقشة ما لم يهدأ الآن، أو فيما بعد. كل ذلك بهدوء وبإصرار وبصوت معتدل النبرات متوسط الشدة، إن من شأن هذا الأسلوب أن يجنبك من الدخول فى معركة لم تبدأها (.) وغير مستعد لخوضها (٧) .

٦ - التعمية والإرباك :

يستخدم هذا الأسلوب مع الأشخاص الذين يتطوعون للجدال والمعارضة ، والنقد لأشياء هى من شأنك أنت. ويكون بأن تقول له أنك على حق فيما تقول .، ولكن بطريقة توضح له أن موافقتك لا تعنى موافقة حقيقية على محتوى ما يقوله ، بقدر ما تعنى أنك غير مستعد لتبادل الحوار أو الحكم على موضوع هو من شأنك أنت فحسب (٧) .

ويستخدم هذا الأسلوب للإعانة على تلقى نقد الآخرين أو هجومهم بطريقة هادئة (ودون أن تتحول للقلق أو الانسحاب أو العدوان. وبالتالى لا تدعم للناقد سلوكا قد يستخدمه كلما أراد اثارتك إنفعاليا (٧) .

٧ - أسلوب الاسطوانة المشروخة :

فى الحالات التى يقاطعك شخص ويعترض على ما تقول، قبل أن تنهى كلامك أو توضح فكرتك .. إنتظر إلى أن ينتهى الشخص الذى يقاطعك من الحديث. وعندئذ تجاهل تماما ما قاله وإستأنف توضيح فكرتك الأصلية بإستخدام عبارات مثل :

- هذا صحيح .. ولكن الموضوع الذى أريد مناقشته هو ...

- إن القضية الرئيسية هى ...

ويمكنك هذا الأسلوب من الإحساس الهادىء عند مواجهة المناقشات غير الملائمة، وتجاهل الدخول فى "متاهات" جانبية تبعدك عن الموضوع الأصلى الذى تريد إبرازه (٧) .

٨ - التساؤل السلبى :

ويستخدم هذا الأسلوب مع الأصدقاء والأشخاص الأعزاء لديك عندما تريد أن تنهى الخلافات المنفرة فى العلاقة بهم. وذلك بأن تستجيب للنقد الذى يوجه لك من شخص معين، بأن تسأله بأن يعطيك مزيدا من الإنتقادات المماثلة التى سببت ضيقه .. إلى أن ينتهى من سرد كل الجوانب التى يأخذها عليك، وعندئذ إبدأ فى تلخيصها من جديد، وأشكره على إهتمامه، وأنك ستكون سعيدا أكثر فى المستقبل إذا ما صارحك بأى مأخذ قد يحدث منك عفوا (٧) . ويجعل منك هذا الأسلوب شخصا هادئا فى مواجهة الضغوط الإجتماعية وما يظهر من أخطاء فى سلوكك وتصرفاتك مع

الآخـرين. ويظهـرك فى نفس الوقت بمظهـر الحـريص والراغب فى تحـسين الإتصال بالأشخاص المهمين فى حياتك، بإنهاء مصادر الخلاف معهم .

٩ - أسـلوب لـعـب الأدوار :

قد تكون العقبة فى تأكيد الذات ناتجة عن عدم فهم الشخص لمتطلبات الدور الذى يقوم به. فالشخص الذى يتقدم لإجراء مقابلة شخصية للحصول على عـمل مـعين، قـد لا يكون مـدركـا لمتطلبـات الوظيـفـة « أو » « الدور » المطلوب القيام به. ويستخدم المعالجون السلوكيون لهذا أسلوب تمثيل الدور قبل حدوثه مع المريض بغرض زيادة قدراته على مواجهة الإحباط والعجز فى المواقف الإجتماعية الحاسمة، وقد رأينا نموذجا لذلك فى حالة السيد «أ» فى صـدر هذا الفـصل. إذ رأينا المعـالج يطلب من المريض القـيـام بدور التـقـدم لإجراء مقابلة شخصية مع رئيسه فى العمل.. بينما قام المعالج بدور المدير. ثم رأيناه يعكس الأداء فيقوم هو نفسه بدور المتقدم للعمل.. ويقوم المريض بدور المدير. لكى يطلعه المعـالج على أنماط السلوك والإسـتـجـابات الملائمـة للموقف - خلال الإقتداء له ومحاكاته .

والحـقـيـقـة أن كل فـرد منا يقـوم فى اللحظة الواحـدة بعـدد كـبـيـر من الأدوار الإجتماعية التى قد لا تكون محـددة بشكل دقيق أو رسمى كما هو الحال فى حالة الموظف المطلوب لملء وظيفة شاغرة .

فـبعض الأدوار الإجـتـمـاعـيـة كـدور الزوج أو الزوجـة .. أو الصـديق أو المرؤوس أو الرئيس لا تكون محـددة بلوائح .. ولكنها تكون مطلبا من مطالب العلاقات الإجتماعية بالآخرين .

ويقوم جزء كبير من نجاح الشخص إجتماعيا وفاعليته وصحته على قدرته على القيام بالدور المطلوب منه قياما ناجحا واثقا. ويقوم الفرد الواحد – عادة بأكثر من دور . فالطبيب طبيب بين مرضاه ، وهو صديق ، وزوج ، وأب ، وموظف بحسب العلاقة المرسومة له مع الآخرين . ولهذا يصعب أحيانا على الشخص أن يقوم بهذه الأدوار مجتمعة بإتقان ، خاصة إذا تعارضت مطالب أداء دور معين بنجاح – كدور الطبيب مثلاً – بأداء دور آخر « كالزوج » في المنزل أو « الأب » بين أبنائه . وليس نادرا لهذا أن نجد مشكلات نفسية وانفعالية تنتج بسبب تعارض أو تصارع الأدوار.

لهذا يستخدم المعالجون السلوكيون أساليب متعددة لتدريب المرضى على إتقان أدوارهم في الحياة ... وتعلم مهارات إجتماعية تتطلبها العلاقات بالآخرين وبالتالي توقعاتهم عنها.

ويستخدم أسلوب لعب الأدوار أيضا في الحالات التي يكون من المطلوب فيها أن يدرب المريض نفسه على تحمل الإحباط والتحكم في الغضب .. وتجنب الإندفاعات الحمقاء ويتم ذلك من خلال إثارة مواقف في جلسات العلاج بطريق التخيل ويكون من شأنها إثارة الغيظ أو الغضب أو الإحباط ومن خلال ذلك يقوم المعالج على تدريب المريض على إظهار استجابة ملائمة تدل على ضبط النفس والثقة .. وذلك بتوجيه اهتمامه لتطوير جوانب من السلوك والإستجابات منها :

أ – تأكيد الالتقاء البصري المباشر بالشخص المثير للإحباط .

ب– إتخاذ موضع جسمي واثق ولكن بطريقة لاتثير الإنفعال .

جـ - التدريب على بعض الإستجابات اللفظية أو العملية بحيث ينتهى الموقف نهاية ايجابية مفيدة .

د - التدريب على المعارضة والهجوم .. وذلك بإبداء رأيك فى التصرف المثير لضيقك بوضوح وبصدق .

وأخيرا قد يتساءل القارىء ماذا لو أن حرية التعبير الإنفعالى .. وتأكيد الذات جرت بعض المتاعب الجانبية .. مثل خسارة العمل .. أو خسارة شخص .. أو خسارة مادية ؟ .

لا ينبغى فى الحقيقة أن تقلل من النتائج السلبية التى قد يحدثها هذا الشكل من السلوك. ولكننى أعتقد فيما توحى لى خبرتى فى هذا الميدان أن المشكلات التى يثيرها التدريب على تأكيد الذات .. تتم فى واقع الأمر فى بداية الجلسات الأولى للعلاج النفسى وهى بذلك تحمل المسحة الأولى للنزعة العصابية السابقة للمريض ، ولا تعبر عن تأكيد الذات بمقدار ما تعبر عن الحساسية المبالغ فيها لتصرفات الآخرين نحونا، وهذا عين ما تهدف تدريبات تأكيد الذات على التخلص منه ، ولهذا فان علاج المشكلات التى قد يثيرهاتأكيدالذات .. لا تتم بالتخلى عن هذا الأسلوب ولكن بمزيد من التدريب عليه ... حتى يتمكن الشخص من إتقان اللغة الإجتماعية والمهارات الملائمة فى معالجة سلوك الآخرين بشكل يؤدى إلى الإحترام والحب معا !. إن الهدف من تدريب القدرة على تأكيد الذات هو فى صميمه تدريب للمهارات الإجتماعية الناضجة التى تتطلبها حياة الفرد فى الجماعة ... دون تضحية بالفرد .. أو تدمير للآخرين وتحويلهم لأعداء .

لكن يجب أن نعى أيضا أننا نضطر أحيانا لاختيارات دقيقة وحاسمة : كالإختيار بين بعض المكاسب المادية، أو عمل يدر دخلا معتدلا، وبين طريق الصحة النفسية خاصة إذا كان هذا العمل مملا ولا يتلائم مع

إمكانيات الشخص أو قيمته. هنا فى واقع الأمر لا يبقى إلا الشخص نفسه الذى ينبغى أن يقرر أى الطريقين يختار. ويوضح الجدول فى نهاية الفصل شرحا لهذه الأساليب وترشيدا لإستخداماتها .

جدول (٣)

أساليب اكتساب المهارات الإجتماعية

الأسلوب	معناه	متى يستخدم
١- تنطيق المشاعر Feelings Talk	التعبير المتعمد والتلقائى عن الانفعالات بكلمات صريحة ومنطوقة	التعود على التلقائية ، والتحرر من القلق الاجتماعى ، وتشجيع الأخرين على تكوين علاقات مريحة معك.
٢- التأكيد السلبى Negative Assertion	الاعتراف بالخطأ عندما تقوم بفعل يستحق اللوم على أن تبين أن هذا الخطأ لايعنى أنك بكاملك سيئ	عندما تحس أنك قمت بخطأ يستحق اللوم والنقد، توطيد العلاقة الطيبه بالرؤساء والمقربين من الأصدقاء أو الأزواج، عندما تريد أن تطوى صفحة سلبية وتبدأ صفحة ايجابية.
٣- تجريد غضب الاخرين من قوتهم Disarming Anger	تجاهل محتوى الرسالة أو السلوك الغاضب والتركيز بدلا من ذلك على طريقة الشخص الانفعالية فى الحديث أو التواصل	تجنب الدخول فى معركة لست مستعدا لها، والتعامل مع الأشخاص الانفعاليين والمتهجمين، ضبط النفس، ايقاف سلوك عدوانى خارجى.
٤- التعمية والارباك Fogging	اظهار الموافقة على مايوجه لك من اتهامات مع ابداء الاستعداد لتغيير سلوكك عندما يظهر من الطرف الآخر مايستحق ذلك.	يستخدم هذا الأسلوب عندما يكون الطرف الآخر من النوع الصرح الذى يكثر من الادانة واللوم والنقد، عندما يكون الشخص الآخر غير مستعد للتفاهم والتراجع بالرغم من محاولاتك ، ايقاف سلوك عدوانى خارجى.
٥- الأسطوانة المشروخة Broken Record	تجاهل الاستجابة المعارضة مع الاستمرار فى التعبير عن السلوك أو الفكرة التى بدأتها ، واستئناف التعبير عنها بالرغم من المعارضة والمقاطعة .	يساعدك هذا الأسلوب على الاحساس الهادئ فى حالات المناقشات غير الهادئة، يجنبك الدخول فى متاهات جانبية تبعدك عن موضوعك الأصلى، التدريب على ضبط النفس والاصرار على تحقيق الهدف الرئيسى لك.
٦- التساؤل السلبى Negative Inquiry	الاستجابة لانتقاد الآخرين بالسؤال عن المزيد من الانتقادات والأخطاء التى ترتكبها مع ابداء الاستعداد للتغير.	مع الاصدقاء والأشخاص الأعزاء والمقربين والرؤساء عندما تريد أن تنهى بعض الخلافات المنفرة معهم، التقليل من الضغوط أو الصراعات الأسرية، حل الصراعات الاجتماعية.

تابع جدول (٣)

أساليب اكتساب المهارات الاجتماعية

الأسلوب	معناه	متى يستخدم
٧- لعب الأدوار Role Playing	القيام بالتدريب على أداء دور أو سلوك جديد قبل حدوثه الفعلى.	القلق الاجتماعي، المناقشات العامة، اعطاء أوامر ، خطابات عامة ، استبيانات ولقاءات العمل أو القبول، المواقف الجديدة التى لم يحدث تدريب جيد عليها، مواجهة الاحباط والخوف من الفشل، وتجنب الاندفاع.
٨- التدريب على الاستجابة البدنية الملائمة Appropriate Body Language	التدريب على الاستجابة البدنية الملائمة للحالة الانفعالية والموقف الاجتماعى بما فى ذلك نبرات الصوت، والتقاء العيون، وتعبيرات الوجه، والحركة.	الاقناع، الفاعلية الاجتماعية، خلق انطباع جيد ومتحمس، الثقة بالنفس، اعطاء أوامر أو توجيهات، التدريب على اتخاذ قرارات.
٩- التلون الانفعالى Emotional Coloring	التدريب على الانفعالات المختلفة والمتعارضة بما فيها المعارضة والهجوم، وتقبل المدح، واظهار الود، وتأكيد الأنا ...الخ.	تكوين علاقات اجتماعية دافئة ووثيقة، انهاء المواقف الاجتماعية دون انفعالات سلبية أو قلق، التخلص من القلق الاجتماعي، تحقيق مكاسب متبادلة لكل الأطراف الداخلة فى عملية التفاعل، ضبط النفس.

الخــــلاصـة

تفرط الحياة الحديثة – بناء على مفاهيم تربوية وأخلاقية خاطئة– فى التأكيد على ضرورة أن يقمع الإنسان التعبير عن انفعالاته ، ومشاعره نحو الأشخاص أو المواقف التى يواجهها، وصحيح أن حياة الإنسان فى المجتمع تتطلب ضرورة كفه لبعض التصرفات ، لكن الافراط فى ذلك يؤدى إلى كف قدراتنا الايجابية فى التعبير الملائم عن مشاعرنا، مما يحول الانسان إلى شخصية مكفوفة، ومنسحبة ومقيدة وحبيسة لانفعالات وعادات لا تترك الا نطاقا ضيقا للصحة النفسية والسعادة الخاصة. ويشير مفهوم تأكيد الذات وحرية التعبير الإنفعالى إلى ضرورة أن يعبر الإنسان عن مشاعره بصدق وأمانة فى المواقف المختلفة ومع الأشخاص المختلفين، فيما عدا التعبير عن القلق والإضطراب . ويبين البحث النفسى أن الخوف من تأكيد الذات والعجز عن التعبير الإنفعالى الملائم يعتبران سببين رئيسيين من أسباب القلق، والصراع ، والإضطرابات النفسية، ونتيجة لها فى نفس الوقت. وتشمل حرية التعبير عن المشاعر ضرورة التعبير عن كل المشاعر الايجابية (الحب والمودة) والسلبية (الغضب) بما يلائم الموقف ! والمنبهات. وقمع التعبير عن المشاعر يعمل على زيادة النزعات العصابية ، ولا يخفف منها. ويؤدى النجاح فى تنمية القدرة على حرية التعبير الإنفعالى وتأكيد الذات إلى تخفيض القلق والإكتئاب، واقامة علاقات اجتماعية ناجحة. وفى كل مرة ينجح فيها الإنسان فى ذلك تزداد ثقته بنفسه وقدرته على الضبط الذاتى . ويطور المعالجون النفسيون عددا من الأساليب والطرق التى تساعد الأشخاص على ذلك، منها التشجيع على التعبير المتعمد عن الإنفعالات والمشاعر بكلمات صريحة مسموعة ، وبطريقة تلقائية ، وتقبل المدح ، والثقة فى أداء الأدوار، وتدريب المهارات الإجتماعية ، واحداث استجابات بديلة ملائمة للحالة الشعورية . الخ

مراجع وتعليقات

١ - الحالة التى يبدأ بها هذا الفصل وردت فى :

Wolpe. J. & Lazarus. (1966) ***Behavior therapy techniques***. Lonson : Pergamon Press. pp.48-50.

Pavlov,I.P.(1927) ***Conditioned reflexes***. Translated by G.V. Anrep,New York .Liverighth.

٣ - للاطلاع على نظرية "سالتر" Salter فى العلاج وقدرته على توظيف نظريات بافلوف فى العلاج النفسى. أنظر كتابه الشيق :

Satler, A. (1949) ***Conditioned reflex therapy***. New York : Creative Age Press, New York . Capricorm Books . Putnams Sons, 1961.

,وأنظر نموذجا لمنهجه فى العلاج حالة الشاب الممل - والمعالج الحازم الواردة فى هذا الفصل.

٤ - مقياس تأكيد الذات الوارد فى هذا الفصل من اعداد "ويلوبى" ويستخدم بكثرة فى العلاج السلوكى .. ولو أن هناك مقاييس متعددة لهذا الجانب. أنظر:

Willoubghy, R.R.(1934). Norms for the Clark-Thurstone Inventory , ***Journal of Social Psychology***, S; 91.

٥ - ايزنك، الحقيقة والوهم فى علم النفس، مرجع سبق ذكره.

٦ - بالرغم من جوانب التقدم فى تدريب المهارات الإجتماعية وتأكيد الذات فان هناك محاولات مماثلة تمت فى الأربعينات .فقد اهتم "هرزبرج" وهو طبيب ألمانى بمنهج فى العلاج النفسى أطلق عليه اسم العلاج الايجابى . وجعله عنوانا لكتابه الرئيسى فى هذا الموضوع سنة ١٩٤٥ ومن بين ما لاحظه هرزبرج ان كثيراً

من المرضى النفسيين يعتقدون خطأ أن عليهم نتيجة لمتاعبهم النفسية ومشكلاتهم أن يبالغوا فى حماية أنفسهم، وتحويطها بالرعاية وأن يعزفوا عن العمل أو أى نشاط اجتماعى أو رياضى بحجة هذا التعب. وكل هذه التحويطات فى رأى "هرزبرج" تعتبر خاطئة من وجهة نظر الصحة النفسية، ولا تساعد على التخفف من المرض النفسى، بل أنها على العكس تزيد من حدة الأعراض المرضية وتزيد من قوتها. ومن الطريف أنه يقترح عددا من الطرق لعلاج المرضى تعتبر دون شك بمثابة ارهاص ذكى بالتطورات الحديثة فى العلاج النفسى – السلوكى المعاصر. فهو مثلا يقترح أن يكون هدف المعالج هو ازالة مخاوف مرضاه من النشاط والجهد بمضاعفة النشاط والجهد. ومن رأيه أن نجاح المرضى فى تبنى هذه السياسة سيساعد على ذلك. وكان يكلف مرضاه بواجبات منزلية تتلائم مع قدراتهم الذهنية والبدنية والخلقية ولكنها تختلف اختلافا جذريا مع بناء الشخصية والتعود المرضى. فعلى سبيل المثال كان يكلف المرضى الذين يلمس فيهم تقاعسا بدنيا – دون أسباب عضوية – بممارسة الألعاب الرياضية. أما المرضى الذين يتميزون بالخجل ، فقد كان يكلفهم بمقابلة الناس ومبادرتهم بالحديث. والمرضى الذين يفتقدون الثقة بالنفس ، كان يكلفهم بأداء أعمال مثل رفع الصوت فى الحديث، أو رفض نوع من الطعام فى مطعم، أو المساومة على ثمن شيء مع الباعة .. الخ وبالطبع لم يكن يعطى هذه الأوامر بشكل تسلطى أو ضاغط بقدر ما كان يعرضها على المريض على أنها هدف من أهداف العلاج والتخلص من المشكلة ، أنظر:

Schwizgebel, R. & Kolb (1974). D. Changing human's behavior.

٧ – تجدر الاشارة إلى أن أساليب تأكيد الذات تستخدم فى علاج حالات الوسوسة أيضا .. فقد أمكن لواينر" Weiner أن يقوم بعلاج حالة شاب فى

الخامسة عشرة من العمر، خجول، ويعانى من اضطرابات حوازية تمثلت فى أفعال قهرية متعددة عند الاغتسال ، أو القراءة ، وارتداء الملابس ، فضلا عن الوسوسة فى تنظيم الأشياء وترتيبها. وقد تطلبت العملية العلاجية لهذا الشاب خطة لاستبدال هذه الطقوس بطقوس جديدة مماثلة ذات زمن محدد ومن شأنها التدخل فى النشاط اليومى، ولكن بدرجة أقل من الطقوس والوساوس الأصلية. فعلى سبيل المثال، كان من بين الطقوس القهرية التى عانى منها هذا الشاب التأكد الوسواسى المستمر من أن دولاب حجرته فى المدينة الجامعية مغلق باحكام لهذا كان يعود بعد أن يخرج من حجرته ويمشى لمسافات طويلة يعود للتأكد من ذلك .. وكان أحيانا بعد أن يصل لحجرة الدراسة يتذكر بانه يجب عليه التاكد من أن حجرته ودولابه مغلقان. طلب المعالج من الشاب بأن يضع حجة منطقية لهذا الاجراء الوسواسى « الخوف » من سرقة ملابسه وحاجياته الخاصة مثلا"، ثم طلب منه بعد ذلك أن يحدد الاجراءات الضرورية لتحقيق هذا الهدف. وبناء على هذا طلب منه المعالج أن يقفل الدولاب وأن يعود للتأكد من ذلك بعد غلقه مباشرة لمرة واحدة، ثم يعود خطوة للوراء، ويقول لنفسه وقد وضع يديه فى جيبه وبصوت عالى « الآن لقد تأكدت من أن الدولاب مغلق وأننى متأكد وواثق من ذلك، ومتأكد من أن كل شيء بداخله سليم، أنه لا يوجد بالمرة أى سبب منطقى يدعونى للتأكد من ذلك مرة أخرى، وما على الآن الا أن أخرج لكى الحق بمحاضراتى » . ومن الغريب أن سلوك الشاب قد تحسن تحسنا ملحوظا فى هذا الاتجاه، بسبب أنه استبدل طقوسه القهرية بطقوس قهرية أخرى ، ولكن تقل عنها جهدا ومضيعة للوقت. وفى تعليق « واينر » على أسباب النجاح رأى أن سبب النجاح هنا هو القيام بالأفعال وأدائها بدلا من التفكير فيها. فالقيام بالعمل والفعل أوقفا ذهن المريض عن التجول فى

احتمالات كانت تضع سلوكه قبل ذلك تحت سلطان وساوسه . ومثل هذا التفسير قريب فيما هو واضح من التدريبات الحديثة على أساليب تأكيد الذات. لتفاصيل هذه الحالة أنظر :

Schwitzgebel & Kolb, op. cit., 1974

للاطلاع على الأساليب السلوكية فى علاج حالات عصّاب الوسواس القهرى .. أنظر :

Baer, L. (1991) ***Getting Control***Boston: Little Brown & Company.

Jenike, M. & Baer, L. (1991) ***Obsessive Compulsive diorders.*** New York

Medical publishers.

Foa, E. & Wilson, R. (1991) ***Stop obsessing.*** New York : Bantam Books.

الفصل السابع

قوة التدعيم

من الأشياء التى تؤيدها المشاهدة العادية، فضلا عن العلم، حقيقة بسيطة تحكم حياتنا إلى حد بعيد ، وتلك هى أن ما يعود علينا من نتائج بعد أن نتصرف أو نسلك بطريقة معينة يؤثر بطريقة مباشرة فى هذا التصرف أو هذه الطريقة من السلوك . فاذا كان النتاج او العائد جميلا فأغلب الظن أننا سنكرر هذا التصرف بعد ذلك كثيرا، أما اذا كان رد الفعل سلبيا فأغلب الظن أننا سنفكر مرات ومرات قبل أن نكرر هذا السلوك من جديد. ماذا لو أنك طرحت فكرة معينة، فوجدت أنها تلقى هوى من زملائك أو رفاقك ، أغلب الظن أن حماسك سيزداد بعد ذلك لطرح كثير من الأفكار الجيدة. وماذا لو أن شخصا أخذ يتابع امرأة غريبة عنه فى الشارع محاولا مضايقتها، فاذا برجل بوليس يتصدى له مهددا اياه بالحبس أو الغرامة ان تكرر منه هذا السلوك .. على الأرجح ان هذا الشخص – ان كان عاقلا – لن يعود إلى هذا الفعل من جديد. بعبارة أخرى ، فان العائد أو الآثار التى تحدثها استجاباتنا فى البيئة تعدل من سلوكنا بعد ذلك . ان الكائن الحى ببساطة لا يتوقف فى وقت من الأوقات عن ابداء استجابة أو سلوك معين فهو يضحك أو يبكى، يبتسم أو يكشر، يحتد ، ويغضب ، ويبكى ، ويبتعد أو يقترب من الآخرين ، يتحدث ، أو يصمت يخاف ، أو يهدأ ، يثور أو يقمع نفسه .. الخ . وهو فى كل ذلك يرغب فى تغيير البيئة المحيطة به لتحقيق هدف أو رغبة معينة . وبعض جوانب من سلوكه هذا يؤدى إلى التغيرات المرغوبة . وبعضها لا يؤدى .

واذا حدثت الآثار المرغوبة نقول بأن السلوك الذى أدى اليها قد أثيب وكوفئ ، وبالتالى نجد أنه يزداد شيوعا فى تصرفات هذا الشخص بعد ذلك . أما اذا لم يؤد سلوك معين إلى آثار مرغوبة

أو أدى إلى عكس ذلك أى إلى استهجان (كما فى حالة جريمة قتل أو زنا أو سلوك انفعالى أو جنسى طائش) ، فاننا نقول بأن هذا السلوك قد عوقب وبالتالى من المتوقع أن يتضاءل أو يتوقف ظهوره بعد ذلك .

فالإنسان اذن يعيش فى عائد اجتماعى مستمر: يتصرف بطريقة معينة، فترد عليه البيئة بشكل من أشكال الاثابة أو العقاب كعائد لتصرفات الكائن الأصلية. وهذا العائد (أو المردود) يسهم بدوره فى تشكيل الاستجابات التالية للكائن (أى بالتشجيع على زيادة الطيب منها، والتقليل من السيء).

ويجعل « سكينر » من هذه الحقيقة موضوعا لنظريته فى السلوك ، فيطلق على جوانب السلوك التى تتدعم من البيئة مفهوم السلوك الفعال Operant Behavior ، قاصدا الاشارة إلى نمط من الاستجابات يترك آثارا فعالة على البيئة لتوليد نتائج أو آثار معينة، وبالتالى يتدعم أو ينطفىء بمقدار استجابات البيئة (أى العائد البيئى). ويطلق "سكينر" على العملية التى بمقتضاها يتدعم نمط من الاستجابات بهذه الطريقة اسم التشريط الفعال *.

* وهو يختلف عن التعلم التقليدى كما صاغه بافلوف ، والذى يحدث بصورة آلية بسبب الارتباط بين المنبهات الأصلية (ظهور الطعام) والشرطية (صوت الجرس). فالاستجابة لصوت الجرس بافراز اللعاب عند الكلب فى تجارب بافلوف يحدث بطريقة آلية انعكاسية .

ان التعلم الفعال عملية يستطيع الشخص من خلالها أن يتعامل بنجاح مع بيئة جديدة. ان كثيرا من الأشياء التى تتضمنها البيئة كالطعام، والماء، والجنس، والهروب من الخطر ضرورية وأساسية لبقاء الشخص والنوع البشرى. وكل سلوك يؤدى إلى التوصل لهذه الأشياء يعتبر ذو قيمة أساسية لتحقيق البقاء .

والسلوك الذى له مثل هذه الخاصية يزداد شيوعه من خلال عملية التدعيم الفعال. ولهذا يقال بأن السلوك حصيلة لما يتركه من نتائج أو آثار. ولهذا أيضا تسمى الآثار التى يحدثها السلوك فى البيئة مدعمات. وعلى هذا فان الكائن الذى يشعر بالجوع، تتدعم لديه وتقوى أنماط السلوك التى تؤدى إلى التوصل للطعام. وبالمثل فان السلوك الذى يقلل من خطر واقع كتجنب درجة مرتفعة من الحرارة - يتدعم نتيجة لهذه الوظيفة ويزداد شيوعه فى المواقف التالية" (١) .

وما نستنتجه من هذا هو أن مبدأ التدعيم يقرر أنه اذا كانت نتائج السلوك ايجابية فالمرجح ان يتكرر هذا السلوك . أما اذا كانت نتائجه سلبية ، فالغالب انه لن يتكرر ولن تحدث بالتالى عملية التعلم. ومن المتفق عليه بين علماء النفس السلوكى فى الوقت الراهن أن كثيرا من أبعاد السلوك فى حياتنا الإجتماعية، واتجاهاتنا، وفلسفتنا فى الحياة يحكمها مبدأ التدعيم. أضف إلى هذا السلوك المرضى أو الشاذ الذى يصدر عمن نسميهم بالمتخلفين عقليا، أو الفصاميين أو حتى كما يصدر عن الأطفال العاديين. فالاستجابة للطفل كلما يبكى بحمله وعناقه ستؤدى فى غالب الظن إلى أن يصبح البكاء أسلوب حياة مفضلا لدى هذا الطفل كلما احتاج إلى تحقيق رغبة معينة. والمشكلات المختلفة التى تصدر عن المضطربين كالعدوان

والانسحاب، والتهجم والعزوف عن الاتصال، والسباب وغير ذلك من اضطرابات سلوكية تتدعم على الأرجح نتيجة تدعيم خاطئ (*) . فكما يدعم المجتمع أشكالا جيدة من السلوك، قد يدعم أشكالا شاذة. ولهذا فعندما يستخدم مبدأ التدعيم بطريقة منظمة يمكن أن يصبح وسيلة علاجية تساعد على مواجهة كثير من المشكلات الإنسانية وتعديلها.

و الآن ما هو التدعيم ؟

يشير مفهوم التدعيم إلى أى فعل يؤدى إلى زيادة فى حدوث استجابة معينة أو تكرارها، وذلك مثل كلمات المدح والتشجيع أو الاثابة المادية أو المعنوية لنمط معين أو أنماط من الاستجابات الصادرة عن الشخص. وقد يكون التدعيم ايجابيا أو سلبيا.

أما التدعيم الايجابى فيشير إلى أى فعل أو حادثة يرتبط تقديمها للفرد بزيادة فى شيوع السلوك المرغوب. فتقديم الطعام، أو قطعة الحلوى للطفل عندما يقوم بعمل محبوب يعتبر مدعما ايجابيا لأنه سيؤدى إلى زيادة فى شيوع السلوك "المحبوب" لدى الطفل بعد ذلك. **أما التدعيم السلبى** فيتمثل فى التوقف عن اظهار مدعم كريه أو منفر عند ظهور السلوك المرغوب وهو يؤدى بالمثل إلى زيادة فى تكرار السلوك المرغوب. وذلك مثل توقف الطفل عن البكاء (تدعيم سلبى) عندما يحمله والداه (سلوك مرغوب)، أو توقف المجرب عن توجيه صدمة كهربائية للحيوان (تدعيم سلبى) عندما تظهر منه الاستجابة الملائمة (سلوك مرغوب). أو التوقف عن اعتقال سجين

---

* فى كثير من القرى العربية تعامل الهلاوس الصادرة عن المرضى العقليين (المجاذيب) وضعاف العقول على أنها علامة من علامات الورع، ويعامل ضعاف العقول أحيانا على أنهم من أولياء الله.

سياسى (تدعيم سلبى) عندما يعلن عن ولائه للنظام الحاكم (سلوك مرغوب من السلطة). فى كل هذه المواقف نجـــــد أن المدعم (البكاء - الصدمة الكهربائية ... الخ) يتوقف ظهوره بحيث يؤدى هذا التوقف إلى زيادة فى السلوك المرغوب فيه (حمل الطفل، السلوك المؤدى للهدف).

والتدعيم السلبى يشبه التدعيم الايجابى من حيث أن كليهما يؤدى إلى زيادة فى السلوك المرغوب، لكنهما يختلفان من حيث أن أحدهما (التدعيم الايجابى) يتضمن اعطاء أو تقديم شىء (مكافأة، أو تحبيذ) - عند ظهور الاستجابة المرغوبة، أما التدعيم السلبى فيتضمن حجب وتوقف ظهور مدعم منفر وكريه عند ظهور السلوك المرغوب.

والتدعيم السلبى بهذا المعنى يختلف عن العقاب Punishment لأن العقاب يتضمن اظهار منبه مؤلم ومنفر، أو التوقف عن التدعيم الايجابى عندما يظهر سلوك غير مرغوب. بعبارة أخرى، فان التدعيم السلبى يهدف إلى زيادة شيوع السلوك المرغوب بالتوقف عن التدعيم، أما العقاب فيهدف إلى التقليل من شيوع السلوك غير المرغوب. وكمثال على العقاب عقاب الطفل بالضرب، أو طرد تلميذ من الفصل أثر استجابات اجتماعية غير ملائمة (اثارة الضجيج مثلا). وهناك ثلاثة أساليب من العقاب من شأنها التقليل من نمط السلوك غير المرغوب هى:

أ- تقديم منبه منفر (الضرب، أو التجاهل) عند ظهور السلوك غير المرغوب.

ب - ابعاد الشخص عن موقف قد يعود اليه بالفائدة أو مدعم سابق مثل طرد التلميذ من الفصل أثر اثارته للضجيج.

جـ - تغريم الاستجابة غير المرغوبة بالانقاص من المدعمات السابقة (ويسمى هذا الأسلوب بتكاليف الاستجابة). وتعتبر الجزاءات المادية التى تفرض على السائقين عند خرق علامات المرور مثالا طيبا على هذا النوع. وكمثال على هذا أيضا عندما نستعيد مدعما كنا قد أعطيناه للطفل (لعبة، أو قطعة من الحلوى) عند ظهور سلوك غير مرغوب .

الاستخدامات العلاجية للتدعيم

المثال الآتى يوضح استخدام الأساليب السابقة فى تغيير سلوك مريض فصامى مزمن ومحجوز آنذاك فى احدى مستشفيات الأمراض العقلية ولنطلق عليه السيد (س) .

حالة مريض عقلى

تم تشخيص السيد (س) على أنه مصاب بفصام مصحوب باصابة عضوية فى المخ. وتدل كل التقارير التى جمعت عنه على أنه أخذ يتحول إلى حالة متعذرة، تفسد نظام العمل بالعنبر العلاجى، سواء باثارة المرضى الآخرين، أو ازعاج هيئة العمل بالمستشفى بطلبات غير واقعية لا تنتهى. وبسبب افتقاد المريض لأى دوافع مباشرة للعلاج تعثرت معه كل محاولات الاصلاح وعزف العاملون عن التعامل معه. وعلى هذا تبلور الهدف العلاجى للمريض فى ايجاد طريقة أفضل فى تعامل بيئة المستشفى معه، بحيث يمكن بعد ذلك اغراؤه بتكريس أطول فترة ممكنة من وقته وجهده فى الاجراءات

العلاجية التى كات تبذل له، وبحيث يتضاءل قلق العاملين عند التعامل معه، وبالتالى يزداد اقبالهم على مساعدته."

"ولتحقيق ذلك تبلورت الخطوة الأولى فى التوصل إلى فهم دقيق ووعى لأنماط السلوك التى كانت تصدر عن المريض، ولتحديد كيفية استجابة العاملين لها. وعلى هذا أمكن حصر أهم جوانب السلوك الكريهة فى حالة مريضنا كما يلى: التبول والتبرز على أرض العنبر، الصياح، السب، ازعاج المرضى الآخرين والعاملين، نداء الأسماء بطريقة غير لائقة، الالحاح فى طلب السجائر من المرضى الآخرين، الالحاح فى طلب أشياء منفرة بما فى ذلك مثلا أن يوثق العاملون رباط حذائة .. وهكذا. أما الخطوة الثانية فقد تبلورت فى تحديد كيفية استجابة العاملين لهذه الأنماط السلوكية البغيضة. وقد ظهر واضحا أن سلوك السيد (س) غير اللائق كان يستثير اهتمام العاملين والتفاهم."

"وللتخلص من هذه الأنماط السلوكية الكريهة تم التفكير فى طريقتين علاجيتين، نوقشتا مع بقية العاملين بالعنبر وهما:

١ - عدم اظهار أى اهتمام اجتماعى أى التجاهل التام، عندما تصدر منه هذه الجوانب السلوكية غير المقبولة.

٢ - اظهار الاهتمام مع اعطائه بعض المدعمات (سجائر مثلا) عندما يصدر منه سلوك يعتبر مقبولا من الناحية الاجتماعية. ولتحقيق ذلك تقرر تقديم اثابة مادية ملموسة فى كل مرة يمكن فيها للسيد (س) أن يحتفظ بسلوك ملائم لمدة خمس عشرة دقيقة. وكانت هذه الاثابة عبارة عن بطاقة توضع فى سجله الخاص، بحيث يجب أن يقدم له فورا سجارتان لكل بطاقتين. وقد أمكن أيضا استخدام هذه البطاقات

لارشاد العاملين بمقدار التقدم فى سلوك (س) وبالتالى لكى يمكنهم تدعيم أى سلوك ملائم يصدر عنه.

أما من حيث التغير فى سلوك (س) فقد كان ملحوظا للغاية. فبعد يومين فقط قرر العاملون بأنه قد تحسن (إلى حد ما) وبعد ستة أيام من تنفيذ البرنامج قرروا بأنه تحسن (بطريقة حاسمة) .

ومن الطريف أنه فى نهاية الأسبوع الثانى عزف المريض عن موضوع البطاقات. وقرر أن النقود التى يتلقاها بمناسبة الكريسماس ستمكنه من شراء حاجته من السجائر. وفى نفس هذا الوقت بدأ العاملون أنفسهم يستجيبون بطريقة « تلقائية » وايجابية لجوانب السلوك الملائمة، كما استمروا أيضا فى تجاهل جوانب السلوك غير المقبولة. فضلا عن هذا فقد بدأ السيد (س) بالإندماج فى جوانب أخرى متنوعة من السلوك المقبول من البيئة المحيطة به ولم تكن فى الحسبان عند تصميم خطته العلاجية الأولى وذلك مثل التقرب من العاملين والمرضى، والدخول فى مناقشات معقولة مع الزائرين. وهكذا لم يعد من الضرورى تقديم السجائر عند ظهور السلوك المقبول للحفاظ على المنجزات التى أحرزها مريضنا .

لقد تحول السيد (س) فى هذه الفترة من شخص أشعث، سباب ومتهجم إلى شخص قادر على ارضاء حاجاته الإجتماعية بطريقة ملائمة، وقادر أيضا على المساهمة مع العاملين فى تنفيذ برنامج علاجه الصحى والنفسى .

يعتبر هذا مثالا طيباً لاستخدام مبدأ التدعيم وتطبيقه فى مجال السلوك المرضى. ان بؤرة سياسة علاج المريض هنا تكمن فى المبدأ البسيط لنظرية سكينر: غير البيئة وسيتغير السلوك من خلالها.

دعنا نفترض مثالا آخر: أم تصحب ابنها ذا العام الثامن للمعالج السلوكى موضحة أنه كان يبدى نموا لغويا عاديا إلى أن بدأ يذهب للمدرسة بعد أن بلغ عامه السادس، ومنذ ذلك الحين تدهورت قدرته على الكلام، وأصبح الآن أخرس بالتقريب. وبسبب هذا تأخر نقله من مرحلة دراسية إلى أخرى. لقد أخذته لعدد من الأطباء، لكن الفحص الطبى لم يكتشف عن أية أسباب عضوية وراء هذا العجز عن الكلام.

ان المعالج السلوكى بطريقة التدعيم هنا سيقضى فى الغالب عددا من الجلسات مع الأم ومع الطفل محاولا تبين الظروف التى أحاطت بظهور هذا العرض، وبناء على هذا الفحص الدقيق يضع برنامجا من التدعيم الفعال للتغيير من هذا السلوك غير المرغوب.

فهو أولا قد يطلب من الوالدين أن لا يدفعا الطفل بأى شكل من الأشكال للكلام ، لأن اى ضغط على الطفل فى هذا الاتجاه معناه خلق منبهات منفرة مصاحبة للكلام. ثم يطلب ثانيا: أن يرى الطفل فى جلسات أسبوعية لمدة نصف ساعة أو ساعة كل مرة. ويكون قبل ذلك قد عرف من الوالدين أنواع الحلوى أو اللعب التى يحبها الطفل، حتى يجعلها متاحة للطفل فى العيادة وفق خطة معينة. وهنا يبدأ العلاج.

فى الجلسة الأولى قد يكشف المعالج للطفل ما يريد منه القيام به أو تحقيقة. وسيصحبه فى الغالب إلى حجرة مملوءة باللعب الجذابة، تاركا له حرية اختيار اللعبة التى تشد انتباهه أكثر من غيرها، محاولا الاشتراك معه فى اللعبة اذا سمح له الطفل بذلك. لكن فى كل الأحوال سينتبه المعالج إلى أى نشاط صوتى أو أى نشاط يرتبط بالكلام عند الطفل كبعض الأصوات الحلقية، أو حتى مجرد همهمة غير واضحة بالشفاه، وعند ظهور أى شكل

من أشكال هذا النشاط يقدم له فورا قطعة من الحلوى التى يهواها طفلنا الابكم. ويستمر فى ذلك عند أى محاولة اقتراب من الكلام باعطاء قطعة اضافية من الحلوى. وبالطبع قد يزيد المعالج من التدعيم فبدلا من قطعة قد يعطيه قطعتين من الحلوى عند ظهور السلوك المرغوب (النشاط اللفظى). وسيلاحظ المعالج أنه بعد عدد قليل من الجلسات عن هذا النوع، سيبدأ الطفل فى نطق بعض الكلمات لمعالجه.

ولأن المعالج يعرف أن السلوك نتاج لما يحدثه من آثار فى البيئة، فقد يغير من مدعماته. فقد يمتدح الطفل مثلا لتقدمه فى الكلام ، ويقترح اعطاءه لعبة صغيرة فى كل مرة ينطق فيها كلمة أو جملة. لقد وضع المعالج سياسته على أساس تدعيم السلوك المرغوب ، وسيبدأ بعد ذلك فى التوسيع من نطاق التدعيم الإجتماعى. وبناء عليه فقد يطلب من الوالدين بعد هذا أن يستمرا فى نفس سياسة التدعيم الفعال. انه يبين لهما أنهما حتى الآن يقومان خطأً بتدعيم السلوك غير المرغوب بطريقة غير مقصودة . فدفعهما وضغطهما على الطفل للكلام لا يشجعانه على الكلام بمقدار ما يشجعانه على الصمت والانسحاب. ان عليهما منذ الآن أن يتجاهلا تماما الطفل اذا ما صمت، وان يبديا كل مظاهر الاهتمام عندما يتحدث أو يبدى أى نشاط قريب من الكلام. وفى هذه المرحلة بالطبع ينتقل المعالج بالعلاج من العيادة إلى البيئة الحقيقية.

أما المرحلة النهائية فهى تبدأ أيضا فى توسيع مجالات التدعيم الإجتماعى. لهذا يطلب المعالج من الوالدين أن يقوما بدعوة الأصدقاء الذين يخلقون جوا من الطمأنينة والأمان للطفل، وأن يبعداه فى هذه المرحلة عن الزملاء الذين يكثرون من النقد، كذلك يطلب منهما أن يبلغا الأصدقاء بنفس

السياسة أى تجاهل الخرس والصمت، وابداء الاهتمام والتشجيع عند أى نشاط متصل بالكلام. ولكى تتسع بالتدريج دائرة التدعيم الإجتماعى ، قد يلتقى المعالج بالمدرسين والمشرفين على تعليم الطفل ، موجها لهم نفس التعليمات القائمة بشكل عام على اطفاء السلوك غير المرغوب (الخرس) من خلال التجاهل، والتدعيم الفعال للسلوك المرغوب (الكلام) أو النشاط اللفظى من خلال ابداء الاهتمام. أننا قد نلاحظ لفرط دهشتنا أن الطفل الآن قد انطلق لسانه من عقاله ، وأصبح فيما لا يزيد عن أربعة أو خمسة شهور قادرا على التعبير الطلق الملائم لعمره الزمنى .

فى هذا المثال التصورى تتركز اجراءات العلاج بطريق التدعيم الفعال، وفى الصفحات التالية سنكشف بالتفصيل عن اجراءات العلاج بالتدعيم، ثم استخداماته فى المجالات المختلفة لتعديل السلوك البشرى .

اجراءات العلاج السلوكى بطريق التدعيم وأساليبه

من المهم بادىء ذى بدء أن نبدأ أولا : فى التحديد الدقيق لأنواع السلوك التى نريد أن نقوم بتغييرها عن طريق التدعيم الفعال. ويطلق سكينر على هذه المرحلة اسم التشخيص وفيها نقوم كما رأينا فى الحالة السابقة للطفل الابكم بجمع بعض المعلومات عن تاريخ الشخص ، وعن الظروف التى أحاطت بتوليد السلوك الذى يحتاج للتعديل ، كذلك يجب أن نولى اهتمامنا للظروف البيئية الاجتماعية التى يعيش فيها المريض .

اولا: مرحلة التشخيص :

والاجراءات التى يقوم بها المعالج السلوكى فى هذه المرحلة تختلف فى اهدافها عما يقوم بها المحلل النفسى مثلا . ان المعالج السلوكى يولى اهتمامه هنا لهدفين رييسيين :

١- التحديد النوعى : للسلوك المرضى .. أى ما هو السلوك الذى يتطلب العلاج والتغيير ، ويسمى هذا بالسلوك المحورى (عجز عن الكلام ، اضطراب فكرى ، تهتهة ، هلاوس ، اندفاع انفعالى ، انسحاب ، عدوان ، خوف ..الخ) بعباره أخرى فان المعالج فى بحثه عن نمط الاستجابات المرضيه يهتدى بالتعريف الشائع للسلوك المرضى على انه السلوك الذى لا يستريح له الفرد أو يؤدى الى نتائج سيئه ومؤله ، اما للفرد نفسه أو للاخرين أو لكليهما. وكل سلوك من هذا النوع يستدعى بالطبع التعديل والاهتمام والعلاج . اما المعالج بطريق التحليل النفسى فهو لا يهتم غالبا بالتحديد الدقيق الواضح لانماط السلوك التى تحتاج لعلاج ، ويهتم بدلا من هذا بصياغه مفاهيم مجرده عن طبيعة الاعراض المرضيه.

فهو قد يرى مثلا ان المريض"يتلجلج " بسبب خوف قديم من الاب (عقده اوديب)، أو يتجه للتعامل مع جوانب السلوك التى تعود بالخطر على الاخرين على أنها دلاله على ضعف فى بناء الضمير بسبب اساليب خاطئه فى التنشئه ، بينما يكون افتقادالمريض لتاكيد ذاته مع الاخرين راجعا لمخاوف طفلية قديمة لم تحل فى طفولة المريض .. وغير ذلك من المفاهيم التحليلية الشائعة .

لهذا فان الخطه العلاجيه للمحلل النفسى غالبا ما تهتم بمحاوله التغيير من نمط الشخصيه كلها على أمل أن ذلك سيؤدى آليا الى علاج

المشكله أو الاعـراض التى أدت للعـلاج . امـا المعـالج السلوكى الحـديث فسيولى اهتمامه للاستجابات المرضيه أو للاعرض ذاتها راسما خطته على هذا الاساس . ويكون هدفه هنا هو تدعيم السلوك الايجابى وايقاف السلوك المرضى بشتى أنواع التعلم .

٢- الاهتمام المبـاشر بالظـروف المحيطـه بتكوين السلوك المريض (الذى أدى للعلاج) وهنا ايضا يختلف المعالج السلوكى عن المحلل النفسى فى أنه لا يهتم بتاريخ المريض هكذا مجرد ، بل انه يولى اهتمامه لانماط التفاعل بين الفرد والبيئه التى احاطت ببدايه تولد العرض . اذا اكتشفت مثلا ، أن عيبا مرضيا معيناً قد بدأ فى بدايه الالتحاق بالمدرسه ، فانه يحاول ان يتكشف الاسباب فى اطار مفهوم الاستجابة والتدعيم ، أى فى البحث عن الاخطاء التربويه التى ارتكبت فى حق هذا الشخص (بسوء نية أو بحسن نية) مما ادى الى الاضطراب . وقد يكتشف أن البيئه المدرسيه مثلا تدعم بطريقه غير مقصوده هذا السلوك بسبب الضغط ، والدفع الشديد للتحصيل وغير ذلك من العوامل التى تؤدى الى اثارة تعطل نمو السلوك السليم .

وعند تعرض المعالج السلوكى لدراسة الاثار المباشرة للبيئة التى احاطت بتولد العرض المرضى يهتم باطاره النظرى العام وهو ان السلوك المحورى (القلق مثلا) نتاج رئيسى لاستجابات البيئة للسلوك الانفعالى العام لدى الشخص .. أن البيئة المحيطة تستجيب للفرد بطريقه تؤدى لتدعيم القلق والتوتر بدلا من تدعيم الاتزان الوجدانى . أما المحلل النفسى فهو على العكس من ذلك تماما قد يهتم بتاريخ حياة الشخص ، وتشجيع التداعى الطليق للطفولة وتكون هذه الاشياء هى المحور الاساسى للعلاج .

ان هدف المحلل النفسى فى هذا الاتجاه يتجه باختصار لجمع المعلومات عن تاريخ حياه المريض دون اهتمام مباشر بأنماط الخطأ فى تدعيم السلوك المرضى وبدون تحليل سلوكى للشروط المحيطة بتكوينه *.

ثانيا : العلاج ..

يعترف الكثيرون بدور العلم فى التشخيص ، وجمع المعلومات عن المريض ، والظروف المحيطه بتكوين الاعراض ، وكيفية عقد المقابلة الشخصية ، وتصميم ووضع الاختبارات التى تساعد على التحديد الدقيق للسلوك المريض . لكن الكثيرين قد يرون أن دور العلم يتوقف عند هذه النقطة ، لكى يبدأ العلاج النفسى بعد ذلك متروكا لذكاء المعالج الشخصى ، وخبراته وبصيرته ، وقدرته على التأثير والحكم الجيد . ونتفق مع « سكينر » فى ان هذا نموذج لسوء الفهم لدور العلم وتطبيقاته فى السلوك الانسانى ، ان دور العلم لا يقف عند مجرد وضع اختبار جيد للذكاء يساعدنا على تحديد نسبة التخلف العقلى ، أو وضع اختبار للشخصية يساعدنا عى تحديد طبيعة الاضطراب السلوكى ومقداره . أن جمع المعلومات هى الخطوة الاولى فى التحليل العلمى من أى نوع . اما الخطوة الثانية فهى

---

* قد يزعم بعض المحللين النفسين أن جمع معلومات عن تاريخ الحياة ايضا مرحلة سابقة للعلاج . لكن من المؤكد مع هذا أن العلاج التالى القائم على جمع تاريخ حياة المريض غير قائم على تحليل سلوكى دقيق للشروط المحيطه بتكوين العرض . ومع هذا فان بعض المحللين النفسين ينجحون فى علاج مرضاهم ، لكن يبدو مع هذا أن كثيرا من جوانب هذا النجاح تعود لاستخدام هؤلاء المحللين أساليب من التدعيم لكن انشغالهم بمفاهيم فرويد النظرية يبعدهم عن التنبه لتدخل هذه المتغيرات .

تتضمن وضع علاقات وظيفية بين المنبهات والاستجابات اى تحديد المتغيرات التى ستساعد على التغيير من سلوك أو نمط سلوكى معين . بعباره اخرى تتركز المرحله الثانيه فى ضبط تلك المتغيرات السابقة والتحكم فيها على أمل التغيير والتحكم فى السلوك الناتج (الاضطراب السلوكى) والتحكم فى السلوك المضطرب بالغائه أو التخفف منه هو ببساطه العلاج النفسى . وبناء على هذا فان العلم الجيد الملائم سيساهم مساهمه اكبر فى العلاج لان منطق العلم اساسا يقوم على التجربه وضبط المتغيرات.

وفى مرحله العلاج يكون هدف المعالج السلوكى أساسا هو المساعدة على التحديد الدقيق لانماط السلوك السوى التى يتجه اليها اهتمام المريض (تأكيد الذات، التخلى عن العدوان ، القدرة على رعايه النفس والتوقف عن تعاطى مخدرات أو مشروبات كحولية ....الخ). كذلك مقدار شيوع هذه الانماط السلوكية الجديدة ، اى تكرارها وظهورها اكثر من انماط السلوك المحورى المرغوب تغييره والتخلص منه .

ويستعين المعالجون السلوكيون بأساليب متعددة لعلاج وتعديل السلوك المرضى .. وفيما يلى أمثله لاهم الاساليب المستخدمة وتطبيقاتها :

أساليب التدعيم

تتضمن تطبيقات العلاج النفسى بالتدعيم الاساليب الخاصة بالتعلم الانسانى والحيوانى . بعبارة أخرى فان مفاهيم نظرية التعلم التى صاغها سكينر وتلامذته تستخدم فى مجال تعديل الاضطرابات النفسية والعقلية . وعلى سبيل المثال هناك تقارير منشورة متعدده تبين أن بعض هذه المفاهيم قد أمكن توظيفها فى المجال العلاجى ويؤدى بعضها الى نتائج ايجابية واضحة . صحيح أن كثيرا من المفاهيم النظرية لم يمكن بعد توظيفها بنفس النجاح ، الا ان ما امكن توظيفه يوحى بالأمل فى مستقبل طيب فى التعامل مع السلوك الانسانى المرضى . ولعلنا لا ننسى أن الدخول بنظرية التعلم الى التطبيق العلاجى حدث فى فتره متأخره نسبياً عن تطبيقات هذه النظرية فى المجالات الاخرى ، لكن النتائج حتى الان توحى بأن تنفيذ هذه الاساليب يؤدى الى تعديلات واضحة ملموسة فى انماط الاضطرابات والامراض النفسية . وفى الاجزاء التالية سنناقش استخدامات بعض هذه المفاهيم فى مجالات العلاج الجمعى ، أو الضبط الجمعى للسلوك المرضى فى مؤسسات الصحة العقلية .

التدعيم الاولى المباشر :

يتجه بعض المعالجين الى تدعيم الاستجابات المرغوبة بتقديم مدعمات أولية مباشره مثل الطعام والشراب . بعبارة أخرى فى هذا النوع من العلاج يتجه اهتمام المعالج الى تدعيم الاستجابة المرغوبة بارضاء حاجة او رغبة بيولوجية أو جوهرية فى بقاء الانسان وتكامله . وبالطبع نتيجة لان تقديم مثل هذا النوع من التدعيم وحجبه (فى شكل تدعيم سلبى) محوط باعتبارات خلقية ، لهذا نتوقع عدم استخدامه فى الحالات المرضية المعقدة .. ومع ذلك وبخطط معينة ذكية يمكن للمعالج ان يستخدم التدعيم الاولى المباشر حتى فى علاج الحالات المستعصية . فعلى سبيل المثال يمكن استخدام تدعيمات أولية ذات طابع ترفيهى مثل الحلوى والسجائر والفاكهة فى تدعيم السلوك الجيد . ولقد امكن لبعض المعالجين أن يقدموا بعض هذه المدعمات (الحلوى – مشروبات غازية– سجائر) مع بعض المرضى البكم (أو الاشبه بالبكم) لتنمية القدرة على الكلام لديهم. وبالرغم من أنه تبين نجاح هذا الاسلوب فى زيادة معدل الكلمات المنطوقة واستمرارها من المؤسسة ، فان نسبة الكلام التى تتكون بهذه الطريقة غالبا ما تكون للاسف ذات طبيعة آلية ، او خالية من التلقائية .

ونتفق مع المعالجين المعاصرين فى ان استخدام المدعمات الاولية المباشرة من أكثر المجالات العلاجية التى يثور حولها الجدل ، خاصة فيما يتعلق بحقوق المرضى المحجوزين فى المستشفيات . ان الامتناع عن تقديم الطعام أمر تحوطه اعتبارات خلقية وقانونية بطبيعة الحال . ولهذا يقدم بعض الباحثين أنواع من الاطعمة الترفيهية أو المغلفة بشكل جذاب ، وبعضهم يرى أن من حق المريض أن يتناول وجبة غذائية ملائمة من حيث الشروط العامة للصحة ، لكن اذا تعلق الامر بحصول المريض على طعام ترفيهى فان عليه أن يتصرف بطريقة ملائمة حتى يحصل عليه ، ثم أليس هذا ما يتطلبه المجتمع الخارجي ويعامل أفراده على أساسه ؟ .

التدعيم الاجتماعى :

من اكثر اساليب التدعيم العلاجى شيوعا فى الوقت الراهن ما يسمى بالتدعيم الاجتماعى ، أى تلك الاساليب التى تتضمن التقديم المنظم للتدعيم الاجتماعى مثل : المدح والتقريظ والتشجيع وابداء الاهتمام عند ظهور الاستجابة المرغوبة . ومن المؤكد ان التدعيم الاجتماعى الايجابى من العوامل التى تقوم بدور هام فى الحياة الاجتماعية بشكل عام . وعلى سبيل المثال ، فان ارتفاع مستوى الاهتمام بالالعاب الرياضيه بين افراد مجتمعنا ، وما يبدونه من حماس نحو ألعاب كره القدم مثلا يقوم بدور فعال فى زيادة حماس اللاعبين انفسهم ، ويشد كثيرا من افراد المجتمع نحو هذا المجال .

وبنفس القدر تولى المجتمعات المتقدمة اهتمامها للانجاز العلمى والنجاح الاكاديمى ، فتقيم الجوائز التشجيعية , والمنح الدراسية ، وتسترشد بآراء مثقفيها , وتوجه نحوهم الاضواء ، وهى بالتالى تشجع الروح العلمية وتجتذب اهتمام كثير من الشباب الصغار نحو هذا المجال . ترى كيف يمكن أن يكون حالنا لو أننا قدمنا من التدعيم الاجتماعى لمجالات الفكر والثقافة والعلم نصف ما نقدمه للمجالات الاخرى ؟.

وفى المجال العلاجى رأينا نموذجا لاستخدام الاهتمام والتشجيع فى حالة الطفل الابكم عندما كانت تصدر منه مظاهر من النشاط اللفظى أو اللغوى . ويلعب المعالج (كمدعم اجتماعى) فى جلسات العلاج النفسى دورا هاما فى تاكيد وابراز جوانب السلوك التكيفى ، مثال هذا أن يقوم بتشجيع شيوع الافكار المنطقية المعقولة فى المرضى العقليين بشتى أنواع التشجيع والتحبيذ وابداء الاهتمام كما فى المثال الآتى :

المريض : (هو مريض عقلى فصامى ، مضطرب التفكير) : اننى لا أعـــرف فى الحقيقه مشــاعرى نحـو والداى .. نعم أنا أعرف أنهمـا يحباننى ويهتمان بى .. ويبديان اهتمامهما بى فى كثيــر من المـــواقف ، لقد تلقيـت منهما هدية لطيفة فى الاسبــوع الماضى .

المعـالج : **(يشعر بأن المريض هنا يقدم تعليقا اجتماعيا صحيا وملاءماً ، يقف ويوجه كل اهتمامه للمريض ، ويبتسم برقه وتشجيع)** : جـمـيـل مـعنى هذا انك تريد أن تقـول بأن « والداى يحبانى بدليل أنهما يبديان اهتمامهما بى وبرعايتى » .

المريض : هذا صحيح. لكن هناك شيئا يحيرنى يا دكتور ، لماذا يأمر والدى العمال بأن يضعوا أدوات الترفيه فى وسط الطريق.

المعـالج : **(يشعر بأن المريض قد عاد لاضطرابه الفكرى غير المنطقى ، يسعل بدون اهتمام ، يشيح بنظره بعيد نحو النافذه ويغير موضوع الحديث)** : كيف قضيت اجازتك فى الاسبوع الماضى ؟.

ولان المعتقد ان التدعيم الاجتماعى بالانتباه والمدح والتحبيذ يلعب دورا هاما فى شيوع أنماط السلوك المحورى أو المرغوب فان هناك بعض الباحثين ممن يرون بأن التدعيم الاجتماعى عندما يكون مصحوبا بمدعمات ملموسة (مكافأة مادية مثلا) بطريقة منظمة تزداد آثاره التدعيمية اكثر مما لو قدم وحده. ومع ذلك فان هناك من يرى أن التدعيم الاجتماعى القائم على المدح والتحبيذ يعتبر فى حد ذاته ذو أثر فعال بالنسبه لكثير من المرضى حتى دون أن يكون مصحوبا بمدعمات مادية أخرى ، وانه عندما يستخدم بعناية يمكن ان يؤدى وحده الى تغيرات محسوسة فى السلوك المرضى. وخير مثال على ذلك حاله المريض الفصامى (السيد س) التى عرضنا لها فى الصفحات السابقة, والتى تصور لنا الامكانيات المختلفة التى يمكن ان

يتطور اليها السلوك عندما نولى اهتمامنا للسلوك المرغوب ونتجاهل السلوك غير المرغوب.

كذلك تبين أن تجاهل السلوك المرضى بين الفصاميين قد أدى الى تعديلات ملحوظة فى جوانب الاضطراب التى تظهر منهم. فقد ثبت فى احدى الدراسات(٢) وجود تغيرات ملموسة ، وتناقصٌ ملحوظ فى نسبه الهلاوس (السمعية والبصرية) والتفكير غير المنطقى والمفكك فى مريض فصامى نتيجه لمجرد الابتعاد عن المريض عندما تحدث مثل هذه الانماط السلوكية (الهواجس والتفكك فى التفكير) والاقتراب منه مع الاهتمام والحماس عندما يتحدث بطريقة مرغوبة (خلو من الهلاوس وبقدر مرتفع من التماسك).

وفى حالة اخرى لمريض فصامى ، عزف عن تناول الطعام فى المستشفى (دون سبب واضح) حتى أصيب بهزال شديد ، وتناقص وزنه الى ان اصبح فى وقت ممارسة العلاج لا يزيد عن ثمانية وخمسين رطلا (ما يقرب من ستة وعشرين كيلو جرام) ، استطاع المعالج باستخدام اسلوب الاهتمام عندما يتجه المريض للطعام ، والتجاهل عندما يعزف عنه ان يساعد المريض على تكوين عادات غذائية سليمة فيما لا يزيد عن خمسة أيام (٣).

كما أستخدم اسلوب المدح فى محاولة ناجحة لزيادة تدعيم الوعى بالعلاقات الشخصية والاجتماعية وتدريبها بين مجموعة من المرضى العقليين بمجرد تعليم المرضى بأسماء المرضى الاخرين والاشخاص الآخرين فى البيئة (٤).

ويستخدم التدعيم الاجتماعى واللفظى فى علاج عيوب الكلام التى تنتج بسبب عوامل اجتماعية سيئة ، وذلك بالتقليل من تلك العوامل الاجتماعية أو التخلص منه مع تكوين أنماط صحية جديدة من العلاقات الاجتماعية تساعد على اختفاء عيوب الكلام.

ويستخدم أسلوب التجاهل بنفس النجاح فى تعديل المشكلات التى يبديها الاطفال كالبكاء والعناد والتدريب على الاخراج والعدوان وغير ذلك. لقد أمكن ، على سبيل المثال ايقاف طفل فى الرابعة من عمره فى مدرسة للحضانة من نوبات بكاء مستمرة وصراخ دون سبب واضح بمجرد تجاهله عندما يبكى وابداء الاهتمام والرعاية به عندما يتوقف عن ذلك ، وذلك فى فترة لاتزيد عن خمسة عشرة يوما. ويعلق المعالج السلوكى الذى قام بعلاج هذا الطفل على ذلك فى العبارة الآتية :.

« لقد لاحظنا الطفل لايام متعددة عندما طلب منا مساعدة المشرفين على دار للحضانة فى إيقاف بكائة وعويله المستمر دون سبب واضح. وفى أثناء الفترات التى لاحظنا فيها الطفل قمنا بتسجيل عدد نوبات البكاء فى كل يوم فتبين أن ثمانية نوبات من البكاء فى المتوسط تحدث فى كل صباح فى الفترة الممتدة من الثامنة حتى الثانية عشر ظهرا. واكتشفنا أثناء ملاحظتنا أيضا أن نوبات البكاء والصراخ التى كانت تتملك الطفل كانت تشد اهتمام المدرسين مباشرة فيهرعون له محاولين اسكاته وملاطفته حتى يتوقف عن البكاء »

« ولقد أمكن باستخدام التدعيم الايجابى عندما يندمج الطفل فى نشاطه العادى والتجاهل عندما يبكى أن تتوقف نوبات بكاء الطفل تماما في خمسة عشر يوما . لقد توقف الطفل عن ابداء أى مشكلات نتيجة لهذا الاسلوب البسيط » (٥) .

والحقيقة أن استخدام اسلوب التدعيم مع مشكلات الاطفال يتم بنجاح كبير فيما تثبت غالبية البحوث المنشورة عن هذا الموضوع. ويبدو ان السبب الاساسى فى هذا يرجع الى سهولة ضبط البيئة المحيطة بالطفل أثناء العلاج. لكن المشكلة التى تواجه المعالج السلوكى تتركز أساسا فى المنزل. ذلك أنه، يجب ان تكون البيئة المنزلية متفقة لاساليب العلاج السلوكى واساسياته النظرية حتى يتم فى المنزل تعميم التغيرات الملحوظة فى العيادة، وبالتالى فى العالم الخارجى.

لهذا يولى المعالجون اهتماما ملحوظا لتدريب الآباء أو المشرفين فى المؤسسات على المبادئ الاساسية لتعديل السلوك. وهنا من المهم ان نشير الى أن كثير من الآباء يعتبرون مسئولين مسئولية رئيسية عن ظهور المشكلات السلوكية لدى أطفالهم لعجزهم عن ضبط هذه المشكلات بأساليب آلية بسيطة كالتدعيم. ولهذا يلجأ المعالجون الى تعليم الأباء والمشرفين المبادئ الرئيسيه العلميه لتعديل السلوك فى لغه بسيطة، ويضمنون توجيهاتهم شرحا بسيطا لبعض تجارب التعلم بالمكافأة و الاثابة، والتماثل بين الانسان والحيوان فى كثير من المحددات البيئية للاستجابة، كذلك يوضحون لهم أنهم، (أى الآباء) مسئولون عن تكوين هذه المشكلات من خلال انماط التدعيم الخاطئة التى يكشفونها للطفل عندما يظهر منه سلوك غير مرغوب.

ولتدريب الآباء والموجهين تدريبا فعالا على استخدام التدعيم تستخدم بعض المراكز للعلاج النفسى فى الولايات المتحدة الامريكية حجرات ملاحظة تسمح للمعالج بمشاهدة كيفية التعامل بين الآباء والابناء. وتصنع هذه الحجرات بحيث أنها تسمح لمن هو خارجها (المعالج) أن يشاهد ما يدور

بداخلها ، بينما لا يستطيع من بالداخل أن يرى المعالج الذى يلاحظ ما يدور (بين الام والطفل مثلا). والهدف من هذه الحجرات فيما هو واضح ملاحظة السلوك فى جو طبيعى غير مصطنع وبحيث لا يعرف الطفل أو الاطفال أن هناك ما يلاحظ تصرفاتهم فى الخارج. وغالبا ما تكون هذه الحجرات مزودة بسماعات لا سلكية ، يمكن من خلالها أن يوجه المعالج تعليماته للأب أو الأم بشكل مباشر عندما تصدر منهم أنماط خاطئة من السلوك مقترحا عليهم استخدام انماط جديدة من الاستجابات. والمثال التالى يوضح لنا كيف يتم ذلك فى حالة أم تشكو من كثرة بكاء طفلها ، ونشاطه العشوائى.

« الأم فى داخل الحجرة الزجاجية تقرأ فى الجريدة الصباحية ، بينما ابنها ذو الربيع الخامس يلعب على بعد متر منها ببعض المكعبات. جاءت الأم بالطفل لمركز العلاج النفسى لعجزها عن تعديل بعض المشكلات التى أخذ يثيرها الطفل منذ عامين : فهو كثير البكاء ، ولا يكف عن النشاط العشوائى والحركات الزائدة مما سبب للأسرة كثيراً من التعاسة. المعالج السلوكى خارج الحجره يشاهد ما يدور بداخلها. ويحدث عندئذ الحوار الآتى :

الأم (داخل الحجرة) : اننى أحب هذا البناء الذى اقمته بهذه المكعبات.

الطفل (يهد البناء بغضب) : لكنه لا يعجبنى اطلاقا.

الأم : جائز.

الطفل (ينخرط فى نوبة بكاء ونهنهة) : لماذا قلت انه يعجبك ؟ لماذا ؟

الأم (توشك على الاستجابة عندما يتحدث لها المعالج من خلال السماعات

اللاسلكية المثبتة بأذنيها بحيث لا يراها الطفل) .

المعالج (متدخلاً) : لاتستجيبى لبكائه ، استمرى فى قراءاتك.

الطفل (يرتفع بكاؤه وعويله) : أنت لماذا لا تجيبى ؟

الأم (تبعد الجريدة. توشك أن تستجيب لبكائه).

المعالج : (من خلال الميكروفون) لا تهتمى. استمرى فى التجاهل والقراءه . رجائى أن تتجاهلى الآن هذا البكاء مهما بدا لك هذا صعبا . دعينا نرى ماذا يحدث بعد ذلك.

الطفل : يعود لمكعباته يستأنف اللعب بها بهدوء. بعد لحظات قليلة يقوم : « مامى هل يمكنك أن تساعدينى فى بناء هذا الجزء من المعكبات » .

المعالج (للأم من خلال السماعة اللاسلكية) : الان يمكنك ان تساعديه وأن تبدى له اهتمامك لانه لا يبكى.

الأم (تتجه نحو الطفل) ، بكل سرور يا حبيبى طالما انك تطلب معونتى دون بكاء. وبطريقه لطيفه .

المعالج (للأم) : هذه استجابة جيدة » .

فى هذا المثال السابق يتضح لنا أن مجرد مخاطبة الأم مباشرة يساعد على توضيح معنى التدعيم ، ويبين لها بصورة محسوسة كيف أن طرق تفاعلها السابقة لا تصلح لمعالجة السلوك غير المرغوب. كذلك يبين لنا أن المعالج يدعم بدوره الاستجابات الملائمة كما تصدر عن الام ، ويصحح لها الاستجابة الخاطئة. وفى حالات كثيرة عندما يعجز الأباء أو المشرفون على الاطفال عن التقاط السلوك الملائم، قد يتجه المعالج بنفسه لداخل الحجرة الزجاجية وتنتقل الام لخارجها حتى تشاهد كيف يتعامل المعالج مع

الشخص صاحب المشكلة ، ويسمى هذا تعديل السلوك من خلال الاقتداء ومحاكاة الطرق السليمة فى التصرفات.

وعلى العموم ، فان التدعيم الاجتماعى يعتبر عنصراً قوياً من عناصر التغيير فى سلوك المرضى النفسيين والعقليين ، فضلا عن المتخلفين عقليا . لكن هذا لا يمنع من التحذير من نقاط معينة سنتحدث عنها عند الحديث عن المشكلات العملية والخلقية التى يثيرها استخدام التدعيم فى الوقت الحالى.

متى يكون التدعيم فعالا ؟

والأن وبالرغم من ضرورة التدعيم لاحداث التعلم والتغير ، فقد لا يكون أحيانا فعالا . فقد ينشط أحد الاطفال فى الظهور بمظهر جيد اذا ما وعدته بقطعة نقدية ، بينما لا يؤثر ذلك فى سلوك طفل اخر . ونفس الطفل قد تختلف استجابته لنفس المدعم من وقت الى آخر. فقد يتوقف عن البكاء اذا قدمت له قطعة من الحلوى ، لكنه لا يفعل ذلك فى موقف اخر لا يكون فيه جائعا أو محتاجا لهذه القطعة. ويدل هذا على أن التدعيم لكى يكون فعالا يجب ان تتوافر فيه بعض الخصائص.

فالشئ المستخدم كتدعيم يجب ان يكون محبوبا ومرغوبا من الشخص ، أى يجب ان تكون له قيمة ما عندالشخص. وهذه القيمة هى التى ستحدد ما اذا كان الشخص سيبذل جهده للحصول على الشئ. فبعض الناس (خاصة الاطفال وضعاف العقول) يبذلون أعظم الجهد فى مقابل المأكولات والحلوى ، وبعضهم يفضل تقدير الاخرين. وبعضهم يفضل كلمات مديح بسيطة ، وبعضهم يفضل المركز الاجتماعى والبعض يفضل الاندماج فى نشاط اجتماعى بناء. وفى حالات متعددة يصل التدعيم لدرجة مجردة كما فى حالة الفنان المبدع الذى يسعده ان يجد تقديرا لفنه او ان

يجد ان عمله قد احدث بعض التغيير فى بيئته. يتطلب هذا إذن أن يكون التدعيم موجها ومرتبطا بالفروق الفردية.

وتثير النقطة السابقة سؤالا اكثر عمقا ويتعلق بالسبب الذى تختلف فيه المدعمات من شخص الى آخر. لماذا يفضل بعض الاطفال الحلوى، بينما يفضل البعض الاخر قطعة نقدية، أو لعبة ؟ وبين البالغين، لماذا يكون المال هو المدعم الرئيسى بينما يكون المركز الاجتماعى أو الشهرة هو المدعم لدى البعض الاخر ؟ يمكن القول بشكل عام ان الخصائص التدعيمية للاشياء تختلف من شخص الى أخر بسبب احتياجات هذا الشخص، وبحسب ظروفه الاجتماعية السابقة. ومن الشيق أن نشير الى بعض التجارب التى بينت أن نتائج التدعيم تتفاوت بتفاوت الطبقة اللاجتماعية للشخص من هذا دراسه أجراها بريماك Premack (٦) أطفال من الطبقات المتوسطة بينت ان اعطاء قطعة من الحلوى لا يؤدى الى تدعيم السلوك المرغوب كالاستمرار فى اداء لعبة معينة، بل على العكس تبين له ان اللعب بلعبة معينة هو الذى يقوم بدور المدعم لتناول قطعة من الحلوى. ويختلف هذا الاتجاه فى اطفال الطبقات الفقيرة، حيث تبين له ان قطعة الحلوى تقوم بدور تدعيمى للاستمرار فى اللعب (الارجحة).بعبارة أخرى فان تعديل سلوك الاطفال فى الطبقات المتوسطه يجب ان يتخذ سياسة تدعيمية تختلف عن تدعيم الاطفال فى الطبقات الفقيرة.

ومن العوامل التى تساهم فى فاعلية التدعيم سرعة تقديم التدعيم أو ما يسمى بالتدعيم الفورى أثر الاستجابة أو السلوك المرغوب. ذلك لان الشخص يتعلم السلوك فى وقت اعطائه التدعيم فاذا تأخر التدعيم عن ذلك فقد يفقد دلالته، لانه قد يأتى فور الانغماس فى شكل سلوكى آخر غير

السلوك الذى ترغب فى حدوثه. لنفرض أننا طلبنا من طفل شديد الحركة وعنيفها أن يهدأ فى مقابل مدعم معين (قطعة حلوى مثلا) فجلس بهدوء وتأخرنا فى اعطاء التدعيم للحظة ، فبدأ الطفل يعبث فى قطعه أثاث مجاورة ، وأعطيناه التدعيم أثناء هذا ، فان أثر التدعيم قد ينصرف على هذا الفعل الاخير. ونظراً لان الطفل يتعلم السلوك الحادث فى وقت اعطائه التدعيم فقد لا يتعلم العمل المطلوب (هو الهدوء) بل يتعلم السلوك الذى حدث اثناء تقديم المدعم وهو العبث فى قطع الاثاث المجاورة.

ويصور الروائى التشيكى « فرانز كافكا » حالة طريفة مماثلة تبين ذلك بوضوح. فقد كان هناك كلب – يعيش فى حظيرة محاطة بسور مرتفع – يتبول ذات يوم عندما القيت بالصدفة عظمة من فوق السور. فاعتقد الكلب أن تبوله قد جعل العظمه تظهر ، فكان بعد ذلك كلما اراد شيئا ليأكله يرفع رجليه .مما يدل على أن السلوك قد يحدث بسبب ادراك العلاقات السببية بين الاحداث التى تقع فى وقت واحد , حتى ولو كانت لا ترتبط منطقيا (٧) .ويعزز هذا ضروره أن يكون التدعيم فوريا حتى يرتبط بموضوعه .

لكن من المستحيل أحيانا أن تقدم التدعيم الفورى دائما ، خاصة اذا ما كان من طبيعة مادية كالطعام أو شراب أو لعبة. لهذا يمكن سد هذه الثغرة باعطاء وعد بالتدعيم (مع تنفيذ ذلك فيما بعد) ، أو بتدعيم لفظى أو وجدانى فورى ، فالربت على الظهر ، أوالعناق ، أو كلمة تشجيع قد تفى بالغرض.

كما تتوقف فاعلية التدعيم على طول المدة التى مرت على الشخص وهو يتلقاه ، فتقديم السجائر فى حالة المريض (س) كان يمكن ان لا تكون مفيدة لو أنه استطاع خلسة وبوسائله الخاصة أو من خلال زيارات الاقارب أن

يحصل كل يوم على ثلاث علب سجائر مثلا ، وهكذا فتمنية طفل بقطعة حلوى لا تكون مثيرة له أثر أكل قطعة كبيرة من الجاتوه. والمرء الذى يحرم من شئ يتشوق لهذا الشيئ اكثر من غيره. ولهذ ا نستطيع أن نجعل التدعيم اكثر فاعلية و قوة بابعاد الشئ المدعم قبل البدء فى عملية علاج أو تعديل سلوكى معين. ولامر ما يسئ رجال السياسة المحترفون استخدام فرض الحرمان عن طريق تحجيب بعض الخدمات المتاحة للمواطنين ، ثم يبيحونها من جديد حتى تبدو وكأنها منحة واصلاح مقدم لمواطنيهم. لهذا سنخصص فى نهاية الفصل كلمة عن الاعتبارات الخلقية فى استخدام التدعيم.

وتدعيم الاستجابة أو السلوك المرغوب بين الحين والاخر - ويسمى بالتدعيم المتقطع - اكثر فاعلية من التدعيم المستمر الذى يتم بتدعيم الاستجابة فى كل مرة تحدث فيها . وتبين تجارب " سكينر " فى هذا الصدد أن السلوك الذى يكتسب بفعل التدعيم المتقطع يكون استمراره اكثر من السلوك الذى يكتسب بفعل التدعيم المستمر. وعلى سبيل المثال ،، كان "سكينز " يقوم فى احدى تجاربه على الحيوانات بعملية تدعيم مستمرة لبعض الاستجابات بتقديم الطعام فورا (تدعيم مستمر) وفى كل مرة ينجح فيها الحيوان بالضغط على مزلاج (أو أى استجابه أخرى يحددها المجرب) . ويقارن ذلك بحيوان آخر يتم تدعيم نفس الاستجابة لديه وهى الضغط على المزلاج الذى يؤدى الى ظهور الطعام بين الحين والاخر فلاحظ تفاوتا شديدا بين الحيوانين. ففى الحاله الاولى يستمر الحيوان فى اظهار الاستجابة بعد اختفاء التدعيم (الاستمرار فى الضغط على المزلاج دون اعطاء الطعام) لثلاثمائه مره يتوقف بعدها عن الضغط على المزلاج. أما فى حالة الحيوان الاخر الذى اكتسب هذا السلوك بفعل التدعيم المتقطع فقد

استمر الحيوان فى اظهار الاستجابة لستة آلاف مرة قبل أن يتوقف ، وهو عـدد أطول بكثـيـر من عـدد المرات فى حـالة الحـيـوان الذى تدعـمت لديه الاستـجابة بفـعل التـدعيم المسـتمر . وكذلك الامر بالنسبـة للسلوك البـشرى الذى نرغب فى اكسابه الاخرين أو اكتسابه بالنسبه لنا نحن. فتعليم الطفل مثلا لبس ملابسه بفعل التدعيم المتقطع ، المدح بين الحين والاخر كلما نجح فى لبس حذائه مـثلا ، يؤدى الى اكـتسـاب المهـمـة الجديدة بطريقـة أسـرع وأفضل مما لو كنا نسرف فى اعطاء التدعيم بصورة مستمره.

ولا يتعارض التدعيم المتقطع مع فكرة التدعيم الفورى التى اشرنا لها. فقد يكون التـدعيم مـتقطع وفـوريا فى نفس الوقت ، بل ان مـن الواجب كذلك اذا ما كنا نصبو الى جعل التدعيم قوى الفاعليه.

مشكلات يثيرها استخدام التدعيم

فى تعديل السلوك البشرى

الان وقـد عـرفنا مـعنى التـدعيم وأسـاليبـه ، والعـوامل التى تؤدى الى فـاعليتـه، أصـبح الطريق ممهـدا للحـديث عن بعض المشكلات التى يثـيـرها استـخدام هذا الاسلوب بالنسبة لاخصـائى العلاج بالتدعيم وبالنسبة للرأى العام أيضا.

فـمن نـاحـيـة نجـد أن المعـالجين السلوكين فى الفـتـرات المبكرة من اكتشاف نظرية "سكينر" كانوا يبدون اهتمامهم بتدعيم السلوك المرغوب ، وتجاهل السلوك غير المرغوب بشتى الوسائل التى عرضنا لها فى الصفحات السـابقـة مـن هذا الفـصـل ، وذلك دون النظر لطبـيـعـة السلوك الذى يقـومـون بتدعيمه . وقد أدى ذلك الى الاهـمـال التام لامكانيـة أن يكون السلوك نـتيـجة

لشروط سابقة ، أو ربما يكون المريض قد قام بهذا السلوك بطريقة متعمدة. وفى مثل هاتين الحالتين يصعب أن يؤدى التجاهل الى ازالة هذا السلوك ، بل على العكس قد يؤدى الى مزيد من الاستجابات السلبية. افرض أن مريضا فصاميا قد أعطى عقارا لتهدئته فأصيب بعد هذا ونتيجة للدواء بمظاهر سلوكية منها التبلد والميل للنوم والتقاعس. ان تعديل هذه الانماط السلوكية دون التوقف عن اعطاء الدواء قد يؤدى الى نتائج سيئة تماما. وبالمثل فان الاهتمام بأشكال السلوك الشاذه التى تظهر لدى شخص يحاول أن يدعى المرض للحصول على مكاسب ثانوية لن يؤدى الى تناقص فى أنماط السلوك الشاذة بل قد يؤدى الى زيادتها وتدعيم السلبى منها أكثر فأكثر. لهذا فيجب على من يقوم بالتدعيم سواء كان معالجا أو شخصا عاديا أن يهتم بخلفية الاضطراب السلوكى والاهتمام بالشروط السابقة على ظهوره.

اضف الى هذا مسألة الفروق الفردية فى القابلية للتغيير فى هذا الاتجاه أو ذاك نتيجة للتدعيم الاجتماعى. فالتدعيم الاجتماعى بالمدح مثلا قد يؤدى الى نتائج سلبية مع بعض المرضى خاصة المصابين بالبارانويا وبعض حالات الهيستيريا ، لان لفت الانتباه هو ما يصبو اليه هؤلاء المرضى ، وهو عينه ما تقدمه لهم فى أى خطه علاجيه تقوم على التدعيم. ويتحسن أداء بعض المرضى ويزداد اذا ما استخدمنا معهم التدعيم السلبى (التجاهل) أو النقد. لهذا فيجب أن نكون حساسين لمسألة الفروق الفردية هذه عند التفكير فى التخطيط لاى برنامج من التدعيم.

قضية أخرى يواجهها المعالجون بالتدعيم ، وتتمثل فى مدى تعميم ظهور الاستجابة المرغوبة فى مواقف الحياة الاخرى بعد تفحصها فى العيادة ، أو فى مركز العلاج النفسى. خذ مثلا حالة طفل مصاب باللجلجة وعسر الكلام ، فاستطاع المعالج الملم بقواعد التدعيم والعلاج السلوكى أن يساعد الطفل بالتدريج على التخلص من السلوك غير المرغوب (اللجلجة) وتدعيم أنماط جديده من الطلاقة ويسر التعبير. الواضح أن المعالج حتى هذه اللحظة قد نجح فى احداث سلسلة من الاستجابات المرغوبة ، وهى الطلاقة فى التعبير والتخلص من التهتهة، لكن كل ذلك تم اما فى عيادة المعالج ، أو فى مركز العلاج النفسى. والسؤال الان : ماذا يحدث لهذا السلوك وللاصدقاء القدامى ، والمدرسة وهم كما هم بنفس أنماطهم القديمة فى التعامل معه. هل ستستمر استجابته السوية وتتطور كما كان متوقعا لها؟. أم ان الظروف الاجتماعيه الاصلية التى ساعدت على ظهور اللجلجه ستكف السلوك السوى ، وتخلق « اللجلجة » من جديد؟ بعبارة أخرى ، فان نجاح العلاج يجب أن يتبعه اهتمام بما يأتى :

١- تعميم انماط السلوك السوى واستمراره فى النمو والتطور فى مواقف خارجية ، لان هذا هو محك العلاج : الفاعلية لا فى حجرة العلاج النفسى ، بل الاستمرار فى الفاعلية خارجها، ومع أشخاص أخرين ، وفى مواقف اجتماعية أشمل وأكثر تركيبا .

٢- تاكيد السلوك السوي الجديد وذلك بأن نضمن استمراره فى وجه الخبرات الجديدة التى قد يكون من شأنها كف المريض وارغامه على العودة للحالة السابقة.

ونتيجة لهذا يقترح البعض (٨) شروطا تساعد على استمرار النتائج الايجابية للتدعيم منها: أن يكون الموقف العلاجي مشابها الى حد بعيد للبيئة الطبيعية الاجتماعية التى تحيط بالمضطرب. وبهذا سيسهل على الشخص أن يعمم استجاباته السوية للبيئة وبيسر وسهولة. ولهذا فمن الافضل أن تتم اجراءات تعديل السلوك فى البيئة نفسها. ويبدو أن هذا الاقتراح يكمن وراء حركة العلاج الاسرى التى أخذت تجتاح الولايات المتحدة وأوربا فى الحقبتين الاخيرتين. حيث ينتقل المعالج (أو المعالجة) لاسرة المريض لفترت تتراوح من ٢٤ ساعة الى أسبوع لكى يلاحظ- أو تلاحظ - أنماط التفاعل فى داخل الاسرة نفسها وموجها نصائحه على هذا الاساس. وبهذا لايقوم المعالج بتعديل سلوك المريض وحدة بل بتعديل سلوك كل من يحيطون بالمريض، أو بالاحرى فانه لا يقوم وحده بعملية العلاج بل يحول البيئة المحيطة كلها الى بيئة علاجية صالحة لتقبل الجيد وتطويره.

كذلك من الافضل تدعيم الاستجابات الجيدة الجديدة بأكبر قدر ممكن حتى تصبح متماسكة وقوية، وقادرة على مواجهة الصعوبات، والخبرات الاجتماعية السيئة. فالشخص الذى أمكن له أن يتعلم أساليب الثقة بالنفس وتأكيد الذات، قد يواجه فى البداية بعض الشراسة من زملاء أو رؤساء العمل، اما لان تعلمه للسلوك الجديد لم يصبح جيد بعد, أو لان زملاء العمل ورؤساءه قد اعتادوا منه على شكل مختلف من التصرف أو لكلا السببين. ولتجنب الكف والعودة الى النمط المرضى السابق، فان الاستمرار فى تدعيم الاستجابات الجديدة سيمنحها قدرا من القوة والتماسك ما يجعلها قادرة على مواجهة رياح التحدى. وعلينا هنا الا ننسى

مبدأ رئيسياً وهو النجاح يخلق نجاحا اكبر ، فالشخص الذى ينجح فى اكتساب شكل سلوكى جديد (تأكيد الذات, أو الطلاقة فى التعبير عن النفس)،

سينجح فى اكتساب أشكال أخرى من السلوك لم تكن فى الاصل موضوعا للعلاج. وهذه حقيقة تثبتها عشرات البحوث فى هذا الميدان البكر . فنحن الان نعرف – على وجه اليقين – أن النجاح فى التخلص من سلوك سيئ (كاللجلجة) يصحبه نجاح مماثل فى سمات شخصية مثل انخفاض القلق العام ، وزيادة الثقة بالنفس ، والايجابية .. الخ (٩)ومن شأن هذه النجاحات الثانوية أن تلعب دور المدعمات الاضافية الجديدة التى تزيد من قوة السلوك الجيد . وقد أمكن فى احدى التجارب دراسة آثار التعميم فى أنماط سلوكية جديدة. فقد تبين أن النجاح فى تدعيم الاتجاهات الايجابية نحو الطب والاطباء لدى مجموعة من الطالبات صحبه مزيد من الرغبة لديهن فى المساهمة فى التجارب الطبية ، وفى أداء المقاييس الطبية (١٠) لاغراض البحث العلمى فى ميدان الطب . ونعلم من دراسات التفكير الابداعى أن تدريب الافراد على التخيل ونجاحهم فيه يصحبه ازدياد فى الثقه بالنفس ، وبالسيطرة فى المواقف الاجتماعية. وهناك ما يؤيد أن هذه التغيرات تقوم بتشجيع وتدعيم الاستجابات التكيفية الجديدة التى أثارتها (١١).

وفى حالات كثيرة قد يتعذر الوصول الى مدعم مناسب لبعض الاشخاص أما لصعوبات عملية ، أو لان مدعمات هذا الشخص تصل لدرجة

من التركيب بحيث يتعذر خلقها له. وتمثل تلك النقطة مشكلة يواجهها عالم العلاج النفسي الحديث. ومن رأى أحد العلماء أنه يمكن تحويل كثير من النشاطات والاستجابات التى تصدر عن الشخص الى مدعمات مناسبة اذا ما ربطناها بدوافعه العامة. بعبارة أخرى فان المدعم نسبى، ولا توجد مدعمات مطلقة. لهذا يلجأ المختصون فى ادارة المرضى العقليين فى المستشفيات النفسية بأمريكا الى ضبط الجوانب المدمرة من سلوك مرضاهم بشئ مماثل. وعلى سبيل المثال أمكن استخدام التوقف عن العدوان، وانتهاج سلوك عاقل فى التعامل مع الزملاء من المرضى الاخرين والاطباء كمدعم نتيجة لربطها ببعض الدوافع العامة لدى المرضى مثل الخروج من المستشفى فى نزهة أو المساهمة فى نشاط دينى أو اجتماعى فى داخل المستشفى، مشاهدة فيلم سينمائى ..الخ. ومرة أخرى يقوم رجال السياسه (بدافع الرغبة فى ضبط سلوك الناس) بأشياء من هذا القبيل بأن يدعموا استجابات الخضوع والطاعة والحصول على تأييد المواطنين بربط هذه الاستجابات ببعض الاحتياجات والدوافع العامة السائدة لدى البشر، كتولى منصب جديد، أو خلق وظائف وكادرات وظيفية جديدة يشغلها من يبدون الطاعة لحكومتهم.

إعتبارات أخلاقية

ويقودنا هذا الكلام الى مشكلة أخلاقية تتعلق باستخدام التدعيم.. فالتدعيم فيما يرى القارئ قانون من قوانين الحياة ساعد العلم على اكتشافه وبلورته. والقانون – كأى قانون– قد يستخدم بحكمة، كما قد

يستخدم بطيش. اننا نعرف مثلا أن قوانين انشطار الذرة يمكن أن تستخدم بحكمة فائقة اليوم فى أغراض سلمية وطيبة ، ولكن نفس هذه القوانين استخدمت فى ابادة عشرات الالوف من البشر فى "هيروشيما" و " نجازاكى" بطيش لم يسبق له مثيل فى تاريخ البشر .

كذلك الامر فيما يتعلق بالتدعيم. فما عرضنا له حتى الان فيما يتعلق باستخدام التدعيم أنما يشير الى صورة مشرقة وايجابية فى ضبط جوانب الهدم والتدمير الذاتى والاجتماعى فى سلوك البشر (العصابى والذهانى).

وقد رأينا أن كل البحوث التى عرضنا لها تعطى- كليا أو جزئيا- نتائجايجابية .. ولا شك فى أن هذا يدل على أن الالمام بقواعد التدعيم يعطينا سلاحا قويا لمواجهة المشكلات السلوكية والاجتماعية. لكن السلاح فيما أشرنا تتوقف فاعليته دائما على من يحمله : فهو فى يد رجل البوليس حماية ودفاع وتحقيق للأمان أو هكذا على الاقل يجب ان يكون)، لكنه فى يد قاطع طريق أو لص قوة للعدوان والتدمير. والحكومات تواجه هذا بسن قوانين حيازة الاسلحة وتضع عقوبات قاسية لاستعمالاتها السيئة. وهذا نفسه ينطبق بصورة ما على العلاج السلوكى بالتدعيم (أو بغيره)، لكن ما تسميه الحكومات بقوانين حيازة الاسلحة واحرازها نسمية نحن بالاعتبارات الخلقية .

ولعل أول مبدأ خلقى للعلاج – السلوكى أو الفرويدى أو أى شكل آخر – ضرورة ان تكون قوانين تعديل السلوك والعلاج موجهة أساسا لخدمة المريض وبالتالى خدمة الآخرين. ويثير هذا الالتزام – الذى يجب أن يفوق

أى التزام اخر للمعالج – مشكلة أخرى يواجهها اخصائيو العلاج فى المؤسسات الاجتماعية بشكل عام بما فيها المستشفيات ، ومراكز العلاج ، والسجون ، ومؤسسات التخلف العقلى .. الخ .. خاصة عندما تختلف – وكثيرا ما تختلف– أهداف المؤسسة مع الاهداف الانسانية التى يجب أن تتحقق للمرضى. افرض على سبيل المثال أن المؤسسة تقدم طعاما قذرا ، ويسئ العاملون فيها استخدام المرضى .. فيثور مريض معين . فهل يوجه المعالج سلاحه نحو المريض فيعمل بشتى الوسائل على تهدئته واغرائه لتقبل الوضع الكائن؟ أم يشجع لديه الاحتجاجات حتى يعود الاصلاح ؟ بالرغم من أن الاجابة واضحة على الاقل من الناحية النظرية فى أن الالتزام الاول هو صحة المريض ورفاهيته.. فان التطبيق العملى . دائما ما تحيطه مشكلات . فلازالت مؤسسات العلاج النفسى هنا وفى الخارج تجنح ما بين الحين والاخر لاستخدام قوانين ضبط السلوك بطريقة تتعارض مع حقوق البشر وحقهم فى الشكوى والتعبير باخضاعهم لاسوأ أنواع التشريط. وقد شهدنا فى عام ١٩٧٤ جزء من ثورة الرأى العام والصحافة فى أمريكا أثر ما اكتشف فى احد سجون ولايه « أيو » Iowa من ممارسة أساليب العقاب بحقن المساجين « بالابومورفين » عندما تصدر منهم أى استجابات غير مرغوبة من وجهة نظر المؤسسة . وأسوأ ما فى هذه القصة أن بعض من كانوا يساعدون على ذلك الاطباء النفسيون المشرفون .

وما يحدث فى مستشفيات التخلف العقلى لا يقل عن هذا سوءاً . فقد سمعت أخصائيا نفسيا اكلينيكيا عربيا يبدى تشجيعه وتقبله لصفع أحد المرضى بقوة وفور صدور بعض استجابات العدوان الذاتى التى كانت تصدر عن هذا المريض بين الحين والاخر ، كطريقة لتعديل هذا السلوك

التدميرى. وتعتمد كثير من المصحات على العقاقير المهدئة، والجلسات الكهربائية وفى حبس المريض والاستخدام الاجبارى لانواع معينة من العلاج. ومن المؤسف أن كثيرا من هذه الوسائل تموه وتبرز بصورة كما لو كانت علاجا، بينما لا تعدو فى الحقيقة أكثر من كونها سبيلا للسيطرة وفرض الانضباط على النزلاء « الوقحين »، والمتمردين، والعدوانين من وجهة نظر العاملين.

فماهو المخرج من هذا المأزق الاخلاقى؟ ليس بالطبع فى التخلى عن قوانين من العلاج تثبت فاعليتها فى توجيه السلوك البشرى يوما بعد يوم.. وليس بالتخلى عن البحث العلمى فى هذه الموضوعات واثراء العلم وقوانينه. وأنما يكمن الحل فيمن يستخدم هذه القوانين، وفى عالم القيم الذاتية والاجتماعية لهؤلاء الذين يقومون بتطبيق هذه القوانين.

ولا شك فى أن مزيدا من حركات الاصلاح الاجتماعى التى يجب أن تشمل نظام المستشفيات والمصحات العقلية ستتكفل فى حل كثير من أجزاء الأزمة. فلقد وصف واحد من علماء الاجتماع المتعمقين المستشفيات العقلية بأنها « مؤسسات كامله »، وهو يعنى بذلك الاشارة الى حقيقة مؤسفة تتعلق بأماكن يخضع فيها النشاط للتنظيم الشديد والرقابة والملاحظة الدائبة من قبل الاجهزة الادارية المختلفة. وفى مثل هذه الظروف :

« تصبح حاجات الفرد ورغباته فى منزلة ثانوية، بينما تكون الاهمية الاولى لادارة المستشفى ادارة تتميز بالسلاسة والخلو من المشكلات. أى أن شئون الفرد فى المستشفيات العقلية الكبيرة توضع فى منزلة ثانوية، بينما تأتى ادارة المرضى وضبط أمورهم فى المنزلة الاولى »(١٣).

ولاشك أيضا أنه لا بديل للمعالج السلوكى الا بالتسلح بمزيد من الاخلاقيات المهنية. لكن مفهوم كلمة أخلاق يثير عددا من المشكلات النظرية.. فالتفسيرات الاخلاقية غالبا ما تعالج على أنها تفسيرات ذاتية دائما .. ولهذا فالأحرى أن نتكلم عن ضرورة وجود مجموعة من الالتزامات الرئيسية التى تفرضها الممارسة المهنية ، منها أولا : عدم استخدام أى أسلوب علاجى الا بموافقة الشخص وبرضائه ، ومنها ثانيا : أن يكون الهدف هو صالح المريض وتكامله. ومنها ما قاله الفيلسوف « كانت » فى عبارات بسيطة :

« لاتعامل كائنا بشريا أخر على أنه وسيلة لغاية من الغايات ، بل أنظر اليه دائما على أنه غاية فى ذاته ولذاته » .

وتطبيق هذه الالتزامات ستحوطه دون شك مصاعب ومشكلات ، ولكن أليست هذه مشكلة عامة نواجهها دائما عند التطبيق ؟ ثم متى كانت المشكلات البشرية يسيرة الحل ، وسهلة الصياغة ؟.

إن المعالج النفسى فيما أرى يعتبر بمعنى حارساً للقيم الانسانية الاصلية ولحقوق الافراد الانسانية وداعية لاصلاح أجتماعى اذا ما هددت تلك القيم ، أو أخضعت الكرامة الانسانية للتشريعات المهنية .. وعائد عالم النفس من هذا لا يختلف فى كثير من الاحيان عن عائد أى حارس أخلاقى للمجتمع وعلى مر التاريخ : أن يواجه بالتشكك وربما بأشكال من الصراع المرير ..

الخلاصـــــــة

تستجيب البيئة الاجتماعية لتصرفات الناس بأشكال مختلفة من التقبل أو الرفض . واذا كانت استجابة البيئة بالتقبل فان هذا يؤدى الى تدعيم التصرف أو السلوك موضوع هذا التقبل. ويطلق على الاستجابات التى تستجيب بها البيئه للتصرفات والافعال الانسانية مفهوم التدعيم. ويكون التدعيم البيئى ايجابيا اذا أدى الى زيادة فى شيوع السلوك السليم والسوى . ويكون سلبيا اذا أدى الى زيادة السلوك المضطرب والشاذ . فكما يدعم المجتمع أشكالا جيدة من السلوك ، قد يدعم أشكالا شاذة ومضطربة.

وتقرر نظرية التدعيم أن الاضطراب بأنواعه المختلفة يحدث بسبب عمليات تدعيم سلبية للسلوك الشاذ . فالتدعيم الخاطئ باظهار الانتباه وتلبية رغبات الاشخاص عند انغماسهم فى أشكال شاذة من السلوك أو مدمرة للذات أو المجتمع سيؤدى فى الغالب الى زيادة فى تلك الجوانب الشاذة وبالتالى سيزداد حظ الشخص من الاضطرابات والشذوذ وتتدعم البيئة الاضطرابات المصاحبة للامراض النفسية والعقلية ومشكلات الاطفال بهذا الشكل. فعناق الطفل عندما يبكى ، والاستجابة لهلاوس الفصاميين على أنها علامة من علامات الورع ، والسكوت على عدوان الجانحين وتدميرهم للآخرين ، واظهار الاعجاب بسلوك الجانحين و التسلط العدوانى والمدمر بالأخرين ، والانصات للمكتئبين عندما يثرثرون عن أمراضهم الجسمية ومتاعبهم فى العمل والحياة ، والنظر لتوتر القلقين على أنه علامة من علامات العبقرية والابدا ع .. كل هذا وغيره يعتبر مظهر من مظاهر التدعيم الاجتماعى السلبى (المقصود أو غير المقصود) للإضطرابات النفسية والاجتماعية المختلفة.

واختفاء التدعيم الايجابى لايقل خطرا عن التدعيم السلبى الخاطئ، بل انه يعتبر سببا رئيسيا فى ظهور بعض الاضطرابات النفسية والعقلية. فالاكتئاب، مثلا يحدث أساسا بسبب عدم وجود بيئة اجتماعية تمنح التدعيم الايجابى وتثير الدوافع والفعل والنشاط. لذلك تبين الدراسات أن الاكتئاب يزداد بين كبار السن، أو المحالين على المعاش، والمساجين السياسيين، وربات البيوت، وأثر الازمات الاجتماعية كفقدان شخص عزيز، أو مرض شديد، أو الفصل من عمل أو مهنة .. الخ. مما يدل عن أن الافتقاد للتدعيم الاجتماعى يرتبط ارتباطا وثيقا بظهور الاكتئاب النفسى وربما الانتحار.

وعندما يستخدم مبدأ التدعيم بطريقة منظمة يمكن أن يصبح وسيلة فعالة لتعديل السلوك ومواجهة كثير من المشكلات الانسانية بحلول ايجابية. واختص هذا الفصل بتقديم صورة موجزة ومبلورة لاستخدام التدعيم فى العلاج النفسى. ويتطلب استخدام التدعيم فى العلاج أن نبدأ أولا بالتحديد النوعى للاضطراب الذى نريد علاجه، والاهداف التى نرغب فى الوصول اليها، ثم حصر الظروف الاجتماعية المحيطة بظهور الاضطرابات، والاستجابات الاجتماعية التالية لظهوره. ثم يبدأ تعديل السلوك بعد هذا من خلال التجاهل عندما تظهر الجوانب المضطربة غير المرغوبة عن السلوك. وقد عرضنا لنتائج عدد من الدراسات التى تبين الامكانيات الواسعة والمختلفة التى يمكن أن يتطور لها البشر عندما نولى اهتمامنا لجوانب ايجابية من سلوكهم متجاهلين الجوانب السلبية منهم. وينطق ذلك على حالات مختلفة كالفصاميين، وعيوب الكلام، والقلق، والانسحاب الاجتماعى. وقد أمكن حديثا (١٣) استخدام أساليب التدعيم فى علاج حالات الاكتئاب. وكمثال على ذلك أنه امكن علاج سيدة فى الخامسة والاربعين كانت تشكو من اكتئاب شديد، وذلك بتدريب أفراد أسرتها (زوجها وأبنائها) على تجاهل

أحاديثها عندما كانت تنصب على الشكاوى البدنيه، وتوهم الامراض ، والتعب ، واليأس ، والتهديد بالانتحار ، (وهى الاعراض التى تصاحب عادة ظهور الاكتئاب) ، مع ابداء الاهتمام والتشجيع عندما كانت السيدة تبدى أى مظهر من السلوك ، أو النشاط ، أو الحديث عن موضوعات ايجابية متفائلة ، أو عندما كانت تقوم بأداء أعمالها المنزلية ، والخروج لصديقاتها .. الخ . وعندما توقف أفراد الاسرة عن ذلك عادت السيدة الى نفس حالتها الاكتئابية ، ولكن سرعان ما تحسنت عندما عادت الخطة العلاجية واستمر تحسنها مطردا بعد ذلك دو ن انتكاسات .

ولكى يكون التدعيم فعالا يجب ان تصحبه شروط منها : أن يكون فوريا ، وأن يكون موضوع التدعيم مرغوبا من الشخص . والتدعيم المتقطع أفضل من التدعيم المستمر من حيث تأثيره على السلوك الجديد المكتسب . كما يجب الاهتمام بالشروط المحيطة بالسلوك ، والغاء الوظيفة (المكاسب الثانوية) التى يؤدى لها السلوك السئ . ولكى نضمن استمرار الاستجابات الجيدة بعد ظهورها بفعل التدعيم ، من الافضل أن تنفذ خطة العلاج فى البيئة الطبيعية للشخص أو على الاقل فى بيئة مشابهة ، كما أن اشراك المحيطين بالشخص (الاسرة أو الزملاء) واعلامهم بخطة العلاج وأهدافها تؤدى الى استمرار تطور السلوك السوى والصحة .وتدعيم سلوك جيد يصحبه تغيير ايجابى فى خصائص سلوكية اخرى . وتعتبر هذه التغيرات الجديدة من العوامل التى تساعد بدورها على استمرار ظهور الانماط السلوكية الجديدة وثبوتها .

ولما كان التدعيم سلاحا ذو حدين ، يستخدم فى أغراض علاجية انسانية كما قد يستخدم فى أغـــراض لا انسانـية كالتلاعب بالبـشر والتحكم

اللا أخلاقى فى سلوكهم ، فان من الواجب الالتزام ببعض القواعد الخلقية ، كضرورة الحصول على موافقة الشخص ورضائه فضلا عن أن يكون الهدف دائما هو دفع الشخص لمزيد من التكامل والارتقاء والفاعلية.

وتبين البحوث الحديثة مع هذا أن التدعيم لا يصلح وحده فى تفسير السبب فى أن شخصا معينا يستجيب للاكتئاب-مثلا-عند الافتقاد للتدعيم، بينما قد يستجيب شخص اخر بالعدوان أو باللامبالاة. اذ لابد من دراسة أساليب الناس فى التفكير واتجاهاتهم نحو التدعيم ..حتى يكون المامنا بقواعد تعديل السلوك متكاملا .

مراجـــع وتعليـــقات

1- Skinner. B.F (1953). ***Science and human behavio***r . New York : Macmillan.

٢- للمزيد من استخدامات مبدأ التدعيم فى تعديل سلوك المرضى العقليين والفصاميين بشكل خاص انظر :

3- Hagen, R. (1975) Behavioral therapies and the treatment of Schizophrenic. ***Schizophrenia Bulletin.*** Issue No . 13 pp . 70.96.

4- Kazdin, A.E.(1968) ***Behavior modification in applied settings*** . Homewood, Illinois : Dorsey Press.

- Hagen, Op. cit., 1975

- Hagen, Op. cit., 1975

٥- للمزيد من تطبيقات مبدأ التدعيم فى علاج المشكلات السلوكية للاطفال أنظر : لوك واطســـون ، **تعديل سلوك الاطفال**، ترجمة محمد فرغلى فراج – وسلوى الملا ، القاهرة : دار المعارف ، ١٩٦٧ ..

6 - Premack, D. (1962) Reversibility of the reinforcement relation. ***Science.*** 163,255-257.

٧- هول ليندزى ، **نظريات الشخصية**، ترجمه فرج أحمد فرج واخرين القاهره : الهيئة العامة للكتاب،١٩٧١..

٨- للمزيد عن التدعيم وشروطه وتطبيقاته انظر :

- Golldfried, M.R & Davlison, G.C ***Clinical behavior therapy*** New York: John Wiley , 1976.

٩- للاطلاع على النتائج الايجابية التى يؤدى لها النجاح من التخفف من الأعراض المرضية فى الشخصية انظر ما يكتبه "ايزنك" سواء فى بعض كتبه المترجمة للغه العربية ، أو الكتب التى لم تترجم. وقد سبق ان أشرنا فى الفصول السابقة الى عدد منها . كذلك أنظر :

10-Krasner,L.(1962) The therapist as a social reinforcement. machine . In HP H. Strupp and L. Luborsky(eds.) , ***Research in Psychotherapy.*** Vol. 2 Washington, D.C. APA, 1962.

١١- للاستزادة عن آثار تدعيم القدرات الابتكارية والابداعية على الشخصية أنظر : عبد الستار ابراهيم ***التوجيه التربوى للمبدعين*** ، مجلة العلوم الاجتماعية (الكويتية) ، عدد ابريل، ١٩٧٩.

١٢- عبد الستار ابراهيم ، ***ثلاثة جوانب من التقدم فى دراسة الابداع*** ، (تحت النشر).

١٣- شادون كاشدان ، ***علم نفس الشواذ*** ، ص ١٨٠ (مرجع سبق ذكره).

الفصل الثامن

العقلانية أو تعديل اخطاء التفكير

تمهـــيد :

تنبـه الفـلاسـفـة اليـونانيـون منذ القـدم الى أن الطريقـة التى ندرك بها الاشياء وليس الاشياء نفسها هى التى تسم سلوكنا وتصفه بالاضطراب أو السـواء. وفى هذا الصـدد يقـول « أبيـقـورس » « لايضطرب الناس من الاشياء ، ولكن من الآراء التى يحملونها عنها » .

أما العلاج النفسى - السلوكى المعاصر فيسلم أيضا بأن كثيرا من الاستجابات الوجدانية والسلوكية والاضطرابات تعتمد الى حد بعيد على وجود معتقدات فكرية خاطئة يبنيها الفرد عن نفسه وعن العالم المحيط به. ومن هنا أبتكر المعالجون النفسيون مفاهيم وآراء مختلفة عن قيمة العوامل الذهنية والفكرية فى الاضطراب النفسى. وتتفاوت هذه المفاهيم : فهى عند أدلر Adler تشير الى « أسلوب الحياة » الذى يتبناه العصابى أو الذهانى(١). وعند البعض الاخر تشير الى أساليب الاعتقاد(٢) ، ويستخدم البعض الثالث مفهوم « الفلسفة الشخصية »(٣). أما البرت اليس Ellis فيستخدم مفهوم « الدفع المتعقل » . وبالرغم من الاختلافات الظاهرة فى هذه المفاهيم فان هذه الطائفة من الباحثين والمعالجين تتفق على أن الاضطرابات النفسية أو العقلية لا يمكن عزلها عن الطريقة التى

يفكر بها المريض عن نفسه وعن العالم أو أتجاهاته نحو نفسه ونحو الاخرين . وأن العلاج النفسى بالتالى يجب أن يركز مباشرة على تغيير هذه العمليات الذهنية قبل أن نتوقع أى تغيير حاسم فى شخصية المريض ، أو فى الاعراض التى دفعته لطلب العلاج.

لهذا يلاحظ أحد الباحثين فى العلاج النفسى أن « كل أشكال العلاج النفسى - بما فيها السلوكى - تعلم الناس أن يفكروا وأن يشعروا ، وبالتالى أن يسلكوا بطريقة ملائمة مختلفة (٤) » . ومن ثم فان نجاح العلاج النفسى ، أو نجاح الشخص فى التغير الايجابى يجب أن يكون مصحوبا بتحسن فى طريقة تفكيره والتغير فيها .

كذلك فان الدراسات الحديثة لعلماء النفس تبين أن تأثير كل أساليب العلاج تقريبا بما فيها استخدام العقاقير* والاساليب الفسيولوجية تعتمد اعتماداً حاسماً فى تحقيق نجاحها - على عوامل معرفية مثل : توقع مكاسب علاجية ، والمعلومات التى يحصلها المريض عن مواقف الخوف ، والقلق ، الاكتئاب ، والتدريب على ضبط الانتباه ، واتجاه الشخص نحو المعالج ، ونحو العلاج النفسى بشكل عام (٥) . وهى كلها فيما يلاحظ القارئ عوامل تنتمى الى أسلوب تفكير المريض ، واتجاهاته العقلية.

---

* نلاحظ أنه بالرغم من أن تأثير العقاقير الطبية ذو طابع فسيولوجى ، فان المريض يمكن أن كان غير راغب فى العلاج ولا يرى ضرورته أن يقوم بوسائل تقلل من تأثير هذه العقاقير أو تلغيها. وأبسط مثال على هذا ما نلاحظه فى مستشفيات الطب العقلى من أن المريض قد يبقى الاقراص العلاجية فى فمه دون أن يبتلعها ، ويبصقها خفية ما دام اتجاهه نحو الطبيب المعالج أو العلاج سلبيا . ويكشف الفيلم السينمائى الحاصل على جائزة الاوسكار " طائر فوق عش مجانين " جوانب من هذه الاتجاهات دون مبالغة .

غير أن من الضروري أن نشير الى أنه بالرغم من الاعتراف المتزايد فى الوقت الحاضر بدور العوامل المعرفية وأهمية تغيير أساليب التفكير فى العلاج النفسى _ السلوكى فان هذا الاعتراف جاء مؤخرا ، فلفترة قريبة لم يكن المعالج السلوكى يولى اهتماما يذكر لدور هذه العوامل معتبرا أياها عوامل داخلية لا يمكن اخضاعها للملاحظة أو التعديل المنظم ، وكان الاهتمام فيما رأينا فى الفصل السابق متجها الى السلوك الظاهرى أو الافعال الظاهرية المضطربة. فعلاج القلق - على سبيل المثال - كان مركزا على تغيير الافعال الظاهرة التى تبدو لدى الشخص القلق ، كالرعشة ، والاغماء ، وخفقات القلب .. الخ دون اهتمام بالافكار التى يقولها المريض لنفسه ، أو اتجاهاته نحو مواقف لا تستثير بطبيعتها هذا التوتر.

ولفترة قريبة لم يكن « ولبى » - مثلا - يرى أهمية ما للتأثير فى أساليب التفكير. فمن رأيه أن البدء فى تعديل السلوك أهم من التعديل فى طرق التفكير ، لان تعديل السلوك (سلوك الخائف ، او المتوتر مثلا) يؤدى بعد ذلك الى تعديل فى الظواهر الفكرية كالاستبصار ، والتغير فى الاتجاهات والمعتقدات وليس العكس. ويدعى بأنه لم يعثر على تجربة واحدة تبين أن تغيير المسالك الذهنية والاستبصار يصحبهما تغيير فى السلوك الظاهرى. ونتيجة لهذا يرى بأن كل ما نحتاج اليه هو ابتكار طرق فعالة وحاسمة للتعديل من السلوك الظاهرى « غير السلوك ، وستتغير معه أساليب التفكير » . على أن الامر لم يقبل من المعالجين والباحثين بهذه البساطة. فمنذ عام ١٩٦٥ عكف الباحثون فى العلاج النفسى على دراسات

مكثفة لم تدع نتائجها مجالا للشك فى أن المرض النفسى تصحبه اضطرابات فى طرق التفكير ، وأن التغيير من هذه الطرق يصحبه تغيير فى التوافق والسلوك.

أما لماذا لم يجد « ولبى » حالة أدى فيها تغيير التفكير الى تغيير فى السلوك ؟ فلأنه كان - مثله فى ذلك مثل المعالجين السلوكيين فى الفترات المبكرة من تاريخ هذا المنهج - ينتقى الحالات المرضية التى يشكل فيها الاضطراب السلوكى محور لكل الاعراض الرئيسية.

وحديثا نجح « لازاروس » فى علاج حالة ضعف جنسى لدى شاب فى السابعة والعشرين من عمره بعد أن فشل معالج سلوكى تقليدى مشهور معه. لان « لازاروس » لم يجعل همه التعديل من الاضطراب السلوكى ذاته (وهو الضعف الجنسى) ، بل ركز على طريقة تفكير المريض واتجاهه نحو الجنس عموما عندما كان يضاجع زوجته. فلقد كان المريض يتصور بأن العلاقة الجنسية الزوجية نوع من العبودية ، وان الادمان الجنسى كالادمان على المخدارت. أن من العبث اغراء المريض باستخدام طرق العلاج السلوكى التقليدية لعلاج الضعف الجسمى مباشرة (كالاسترخاء عند الاتصال الجنسى مثلا) وهو يعتنق مثل هذه التصورات. أن من الضرورى أن نعدل منذ البداية اتجاهه نحو « الجنس » ونحو معتقداته الخاطئة عن العلاقات الزوجية. ولهذا أمكن بنجاح علاج هذا الشخص فى أسابيع قليلة من المناقشة والاقناع ودحض أفكاره الخاطئه عن هذه الموضوعات.

وكعاداتنا فى تناولنا لموضوعات هذا الكتاب - خاصة ما يتعلق منها بمناهج العلاج. سنحاول فى الصفحات الآتية أن نبين بمختلف الأدلة أن

تعديل المسالك الذهنية ضرورى لنجاح العملية العلاجية ولتغيير الشخصية ، وأنه يؤثر تأثيرا مباشرا فى اثارة الاضطراب وفى أثاره الشفاء ، كما سنعرض لجوانب التفكير التى تصاحب الامراض النفسية وتلك التى تصاحب الصحة النفسية. وفى الجزء الاخير من هذا الفصل من هذا الكتاب سنكشف عن بعض الاساليب الفعالة فى تغيير السلوك الذهنى .

أدلة على فاعلية أساليب التفكير فى أحداث الاضطراب النفسى وفى العلاج منه

أما الادلة التى سأسوقها هنا للكشف عن أهمية أساليب تفكيرنا – طريقتنا فى الاعتقاد عن الاشياء وعن النفس – فى أثارة الاضطرابات النفسية والاجتماعية والعقلية فيعتمد بعضها على استقصاء للآراء النظرية الفلسفية, ويعتمد بعضها الاخر على النظريات العلمية ، والبعض الثالث يعتمد على الادله التجريبية الحديثة.

أولا : من الناحية الفلسفية أشرنا الى الآراء الفلسفية للمدرسة الابيقورية التى ترى بأننا نضطرب لا من الاشياء ولكن من آرائنا عنها . ولهذه المدرسة آراء أخرى تسهم فى الكشف عن قيمة تعديل المسالك الذهنية فى تحقيق السعادة والتوائم مع النفس والبيئة. فالفلسفة الرواقية ترى مثلا بأن مالا يمكن تعديله يجب أن تقبله ، أو تطرحه جانبا فلقد لا يقبل الفرد كثيرا من وقائع الحياة التى لا أمل فى تغييرها أو اصلاحها (كوفاة قريب،

أو وجـود جـوانب نقص فـينا ، عـجـزنا عن الكمـال ، اخـتـلاف الناس عنا .. اخـتـلاف الناس عنا .. الخ) لكن الفرد بعدم تقبله لهذه الحقـائق الحـتمية يجعل نفسه مستهدفا لكثير من ألوان التعاسة والاضطراب ، بمعنى أنه اذا واجـه مشكلة ما أو مـوقـفـا حـتـمـيـا لا يملك تـعديله ، فـان تبـديده لطاقـتـه فى التفكير في هذه المشكلة لن يعود عليه بفائدة ، بل سيؤدى فى النهاية الى تضـخيم توتره النفسى والانفعالى ، منتهيا به الى مضـاعفـات من الشقاء أكبـر بكثـيـر من المشكلة أو الموقف ذاته . والحـقـيقـة أن كـثـيرا من مـشكلات العـصـابيين وغيرهـم تنتج بسـبب الاوجـاع والمحن التى تمتلكهم فى التعـامل دائمـا مع الاشـيـاء المسـتـحيلة . فـالعـصـابى يبحث دائمـا عن المسـتـحيل أو المتعذر متجاهلا التعامل مع الممكن وتنميته . ويؤدى به هذا فى النهاية الى الاجـهاد النفسى، والشك فى امكانياته وبالتالى التفكير فى البيئه على أنها مصدر للمتاعب والتهديد وأثارة المصاعب والتوترات .

وينظر بعض المعـالجين لمبـادئ الفلسـفـة الرواقـيـة على أنهـا فلسـفـة للصـحـة النفسيـة والسـعادة الخـاصـة . ولهذا بدأ طبيب نفسى سنة ١٩٥٠ مـحـاوله لتوظيـفـها للعـلاج النفسى (٦) . وذلك بـأن كـان يسـأل طالب العلاج أولا أن يعـرف أن اضطرابه يرجع الى مـبـالغـتـه الانفـعـاليـة فى الاسـتـجـابة للمـواقف أو المواقف المثـيـرة للأضطراب . ثم يطلب من المريض بعـد هذا أن يدحض هذا الميل المبالغ فيه بالاستجابة للبيئة من خلال الاقتناع الذاتى بأن الخطر – لو كان هناك خطر – لن يؤدى الى نهايتنا . وفى رأى الطبيب هذا أن مـبـالغـاتنا فى الاسـتـجـابة للبـيـئـة تكون امـا ناتجـة عن تصـور أن مـوقـفـا خـارجـيـا أو شـخـصـا قـد أخطأ فـينا وأساء الينا ، وأمـا عن تصـور بأننا أخطأنا فى حق شخص اخر ... وكلا الصـورتين خـاطئ من الوجـهة المنطقية طالما أنه لا يوجد دليل على صحة أى منها .

ويكتب برتراند راسل فى سنة ١٩٣٠ كتابا عن الطريق الى السعادة (٧). يعرض فيه بعض الافكار التى أسهمت فى حركة تعديل التفكير الحديثة. وكمثال على هذا يذكر « راسل » أن الانسان قد يشعر بالراحة والخلاص والهدوء اذا ما حاول – عند الشعور بالخوف من شئ معين – أن يتخيل أسوأ النتائج وأن يركز الذهن فيها وان يقنع نفسه بأن ليس فى هذا نهايته. كذلك يرى أن : « ... من أسلم الطرق لمواجهة أى نوع من الخوف أن تفكر فية بهدوء وبطريقة متعقلة ، ولكن بتركيز شديد الى ان يتحول الى شئ مألوف لديك. وفى النهاية فان الالفة بالموضوع المخيف ستستأصل الشعور بالخوف » .

وفى موقع اخر يقول راسل :

« دائما ما يتحول الرأى العام بكل طغيانه نحو من يظهر خشيته منه ، أما هؤلاء الذين لا يكترثون به فنادرا ما يتحول الرأى العام ضدهم » .

ومن الواضح أن « راسل » فى هذا يتبنى فلسفة للسعادة الانسانية تستخلص أساسياتها من أن العقيدة تحكم السلوك ، وأن التفكير فى أمور الحياة بطريقة منطقية ومتعقلة تصحبه ايضا حياة وجدانية هادئة وخالية من الاضطراب – وسنرى فيما بعد أن بعضا من مبادئ تعديل السلوك الذهنى تستخدم عملية تحليل نظرية مماثلة.

ثانيا : ومن ناحية أخرى هناك من التحليلات النظرية للنتائج الحديثة للعلاج النفسى ما يضيف تأييدا على التأييدات الفلسفية السابقة بأن تعديل السلوك فى حالات الاضطرابات النفسية والعقلية يتم بسبب التغير فى العوامل الفكرية وفى الاساليب الذهنية للشخص. ويلاحظ أحد المعالجين

المحدثين (٨) بأن كثيرا من المعالجين السلوكيين يستخدمون - بوعى أو دون وعى - أساليب لعلاج مرضاهم وتعديل معتقداتهم واتجاهاتهم جنبا الى جنب مع مناهجهم السلوكية القائمة على عمليات التدعيم والتشريط . ويلاحظ مثل « كانفر Kanfer » من الينوى Illinois بأن من بين الانماط الثلاثة الرئيسيه الحديثة فى العلاج يوجد نمطان على الاقل يكتسبان فاعليتهما فى التأثير على الشخصية بسبب عوامل ذات طابع ذهنى وفكرى. أما الانماط الثلاثة التى يستخدمها المعالجون السلوكيون فى الوقت الراهن وفى ضوء تحليلات « كانفر » فهى :

١- نمط العلاج من خلال تحريض المريض على احداث التغير فى نفسه وفى بيئته ، وذلك كأساليب تأكيد الذات التى سبق الاشارة اليها . والمعالج بهذا المعنى ما هو الا محرض على التغيير وداعية لاتخاذ مواقف جديدة أكثر كفاءة فى مواجهة الحياة الاجتماعية.

٢- نمط التشجيع فى القيام بالسلوك الملائم من خلال الاقتداء والمحاكاة والتكرار.

٣- تدعيم وتعديل السلوك بالطريقة التى سبق الاشارة اليها فى الفصل السابق. وفى هذه الانماط الثلاثة لا يوجد فى الحقيقة الا النمط الثالث الذى يمكن أن ينتمى الى نظرية « سكينر » ونظرية التعلم بالمعنى التقليدى . أما النمط الاول فيتضمن العمل على تدعيم التغير فى اتجاهات المريض مع اقناعه واغرائه بتغيير أنماطه الفكرية ، ومن ثم أساليبه فى التفاعل. ويتضمن النمط الثانى عوامل فكرية مماثلة أذ نعطى الشخص فرصة ملائمة لتقييم اضطراباته السلوكية ، مع

اعطائه بدائل سلوكية ملائمة وجديدة وبدون تخوف من النتائج. وفى كلا النمطين الاول والثانى يوجد شكل من أشكال تعديل التفكير.

أضف الى هذا أن النجاح فى بعض مناهج العلاج السلوكى - كما أشرنا فى فصول الكتاب السابقة - قد يؤدى الى تغيرات ذهنية وفكرية. تناول على سبيل المثال أسلوب تأكيد الذات والتشجيع على الحرية الانفعالية. ماذا تجد فى هذا الاسلوب ؟ تجد فى الحقيقة معالجا نفسيا يوجه مرضاه للدفاع عن حقوقهم الرئيسية من خلال التشجيع على تنمية الثقة بالنفس، تجد معالجا يعلم مرضاه ما الذى يجب أن يقولوه، وكيف يقولونه فى مواقف الاحباط والتأزم. بل أن « ولبى»، وهو المتشدد فى الاتجاه السلوكى يلاحظ أن بعض التغيرات تحدث فى سلوك مرضاه بعد نجاحهم فى تأكيد الذات، وتشمل هذه التغيرات طريقة تفكير المريض واتجاهاته العقلية. من هذه التغيرات التى لاحظها أن المريض يبدأ فى ادراك مبالغاته الانفعالية فى تقدير الاشياء، كما يدرك أن مخاوفه كانت تشويها للواقع، وبالتالى يبدأ المريض فى اعتناق أفكار وتصورات واتجاهات جديدة تتفق من حيث واقعيتها مع واقع الموقف.

تناول أسلوبا سلوكيا اخر كأسلوب التطمين التدريجى، ستلاحظ أيضا أن العلاج يمر بمراحل ثلاث هى :

١- التدريب على الاسترخاء العميق.

٢- تدريج الخوف والقلق.

٣- تخيل مواقف الخوف موقفا موقفا مع الاسترخاء.

وتبين لنا البحوث الحديثة أن التخيل وحده (وهو عامل ذهنى) دون كل المراحل الأخرى هو العامل الضرورى فى ازالة الخوف ، أما الاسترخاء ، ووضع التدريجات فهى تمثل أهمية أقل فى التعديل السلوكى.

ثم لاحظ أيضا عملية العلاج نفسها .. هل يتم التغير دون ارادة المريض؟ وهل يمكن أن يشفى المريض ويخطط لنفسه أساليب جديدة فى التفاعل والتوافق دون وجود قدر من التوقع الذهنى للشفاء ، والامل الايجابى فى نجاح أسلوب العلاج المستخدم ؟ بالطبع لا . بل أن هناك نظرية تحتل فى الوقت الحاضر اهتمام عدد لا بأس به من علماء الشخصية والعلاج النفسى ومؤداها أن سلوك الفرد وعملياته النفسية الاخرى تتوقف على توقعه للطرق التى ستحدث بها أشياء معينة (أنظر المرجع رقم (٨). بعبارة أخرى ، فان سلوك الفرد تحكمه الى حد بعيد عوامل معرفية وفكرية كالتوقع وطريقة التنبؤ بحدوث أشياء معينة.

فالشخص الذى يتعرض لتجربة فشل فى عمل ، أو صداقه ، أو حب قد يصيبه الاكتئاب والحزن اذا ما كان يتوقع بأنه لن يجد بديلا لخسارته للعمل ، أو للشخص . واستجاباته المكتئبة الحزينة ستختلف لهذا عن شخص يتبنى توقعات مختلفة تقوم على الامل فى وجود بديل ناجح لخسارته . ولهذا السبب قد ينجح العلاج مع شخص بينما لا ينجح مع شخص اخر.

ثم اذا نظرت الى سلوك العصابى أو الذهانى فستجد دون شك أن سلوكهما الدفاعى وغير الواقعى أنما قد يكون ناتجا عن نقص فى المعلومات عن أساليب السلوك الملائمة . فطالب الكلية الذى يأتى من قرية صغيرة والذى يرغب بشدة فى الحصول على التقبل الاجتماعى قد لا يكون خجولا ,

ولكنه لا يعرف ببساطة أساليب التقرب وأساليب التفاعل الاجتماعى (٩). فلأننا لا نعرف ما هو الصحيح قد نسرف فى ممارسة ما هو خاطئ .

ثالثا : سأنتقل الان الى مجموعة ثالثة من الأدلة على فاعلية العوامل الذهنية فى اثارة الاضطرابات الوجدانية والسلوكية. وسأطلق على هذه المجموعة من الادلة :

الادلة التجريبية ، لان بعضها يأتينا من معامل علماء النفس السلوكي نواتهم ، والبعض الاخر يأتينا من تجارب باحثين معاصرين ينتمون لفرعين رئيسيين من فروع علم النفس وهما **الشخصية وعلم النفس الاجتماعى**.

لنتأمل بعض النتائج التجريبية التى جاءتنا من دراسات بافلوف – مؤسس المدرسة السلوكية – لنرى ما اذا كان فى نظريته أثر لما يسمى بالعوامل العقلية أو الذهنية. أن الكثيرين قد فهموا « بافلوف » خطأ على أنه صاحب نظرية ضيقة لوصف السلوك بمقتضاها لا تزيد الظواهر السلوكية (من تعلم وخوف وحب وصداقة ، واكتئاب وتفاؤل وتشاؤم ... الخ) عن كونها استجابات شرطية.

ليس هذا هو كل « بافلوف » فى الحقيقة ، فهناك جوانب مجهولة فى نظريته تجعل منه عبقريا بحق من حيث تنبهه لتعقد السلوك الانسانى وبالتالى تعدد الشروط الموجهه لهذا السلوك. ففى عدد من التجارب أمكنه أن يحدث فى حيواناته حالة من الاضطراب النفسى الشبيهة بالاضطرابات العصابية لدى البشر، وأطلق عليها أسم العصاب التجريبى. وفى تحليله لهذا العصاب التجريبى لدى الحيوانات لاحظ أن السلوك اللاتوقعى أو

المرضى يحدث بسبب عوامل منها :

١- استخدام منبهات حادة وشديدة (كأن يصحب تقديم الطعام بضوء مبهر ، أو صوت عنيف حاد).

٢- تأخير ظهور الطعام تدريجيا بعد ظهور المنبه الشرطى (الضوء المبهر أو الجرس يصحبه الطعام أحيانا فوريا وأحيانا يتأخر لفترات طويلة).

٣- صعوبة التمييز بين المنبهات الشرطية لتقاربها واختلاطها (مثلا ظهور درجات من الضوء الاخضر ، تدل أحدى الدرجات منها على ظهور الطعام. لكن الحيوان يصعب عليه تمييز هذه الدرجة وتحديدها لان الفرق بين الدرجات اللونية السابقة أو اللاحقة طفيفة أو ليست واضحة) .

٤- التغيير المستمر وابدال المنبهات الشرطية الايجابية بمنبهات شرطية سلبية والعكس (ظهور الضوء الاحمر فى بعض المرات يصحبه الطعام وفى بعض المرات تصحبه صدمة كهربية).

٥- التوتر البدنى الشديد أثناء عملية التشريط .

وبالرغم من أن العوامل الخمسة السابقة عوامل سلوكية أساسا الا أن « بافلوف » لاحظ شيئين :

أ - أن حيواناته لاتستجيب بطريقة متشابهة تماما للمنبهات المتشابهة. وقد أدى به هذا الى وضع نظريته عن الانماط المزاجية والتى بمقتضاها

حاول أن يفهم المرض النفسى عند الانسان. فلقد قسم الامزجة البشرية من حيث الاستجابة للبيئة الى أربعة أنماط مماثلة للانماط التى وضعها أبقراط وهى النمط البلغمى ، والنمط الدموى والنمط السوداوى والنمط الصفراوى * وغنى عن الذكر أن فى هذا التصور تكمن بذور الفروق الفردية وبالتالى الفروق فى العمليات المعرفية وأساليب التفكير.

ب - كذلك أصبح بافلوف وبالتدريج واعيا للفروق بين الانسان والحيوان. فما دامت الحيوانات تختلف فيما بينها من حيث أنمطتها المزاجية ، فان من المنطقى أيضا أن يختلف الانسان عن الحيوان. واستطاع بنجاح أن يحدد أن الفرق الرئيسى بين الانسان والحيوان يكمن فى قدرة الانسان على استخدام اللغة والرموز ، أو ما يسميه بمفهوم الجهاز الاشارى الثانوى الذى يمكن الانسان من استخدام الكلمات واللغه كبديل للاصوات والمرئيات الفعلية التى هى من خصائص الجهاز الاشارى الاولى. وفى هذا الصدد يتنبه " بافلوف " من جديد الى وجود فروق فردية بين افراد بنى البشر من حيث تنوع عمليات الجهاز الاشخاص ينشط لديهم الجهاز الاشارى الاولى ويسميهم بافلوف بالنمط الفنى ، أى الذين يهتمون بالرؤى المباشرة ، والاصوات ، والبعض الاخر ينشط

* الشخص البلغمى هو الشخص الذى يتصرف طبقا للأصول وذو مزاج سعيد ، ومزاجه السعيد قد يعوض قصور فطنته وحكمته . وهو متعقل فى تعامله مع الاخرين .. وقد يظهر الاستسلام لهم ولكنه غالبا ما يحقق أهدافة . أما الشخص الدموى فهو عديم المبالاه ، اجتماعى محب للهو ، ويضفى أهمية عظيمة على أى شئ يمارسه فى لحظة ممارسته له . أما السوداوى .. فهو عكس الدموى قلق ، يجد فى كل شئ مصدر للهم والاضطراب .. ويميل للشكوى والهموم ولهذا السبب لا يكون سعيدا . أما الصفراوى فهو انسان عدوانى وسريع الانفعال ، ومحب للثناء والمظاهر والابهه .

لديهم الجهاز الاشارى الثانوى ويسميهم بافلوف بأصحاب النمط الفكرى .. وهؤلاء تزدا د مهاراتهم فى استخدام اللغه والرموز . واذا توازن نشاط هذين الجهازين تحدث الدرجات المتوسطة من الاشخاص الذين يوازنون بين استخدامهم للرموز والتعبير ، واستخدامهم للرؤى والاصوات المباشرة (١٠) .

ويعود الفضل لقلة أخرى من علماء النفس الفيزيولوجى الروسى ممن لحقوا بـ (بافلوف) لاثبات أن الكلمات وحدها قد تثير استجابات انفعالية حادة . فعلى سبيل المثال لاحظ واحد منهم (١١) أن الاستجابات الفسيولوجية لدى مجموعة من الاشخاص عند استماعهم لكلمات مرتبطة بالالم (مثل كلمة ألم ، أو أنين ، أو أذى) تختلف عن الاستجابات المصاحبة للمواقف الفعلية التى تعبر عنها هذه الكلمات.

وقد اتخذ عالمان امريكيان (١٢) من النظرية الروسية منطلقا لتكوين نظرية فى العلاج النفسى تقوم على استخدام العمليات العقلية العليا . فمن رأى « دولارد » ، « ميلر » – صاحبا هذه النظرية – أن قدرة الانسان الخاصة على استخدام اللغة والاستدلال الرمزى تجعل استجاباته لكثير من المواقف المحيطة به متوقفة على تفسيره اياها أو على الرموز التى تحملها له . ولهذا فهما يريان أن استجاباتنا الانفعالية يمكن ادراكها على أنها استجابة للطريقة التى يدرك بها الشخص موقفا معينا وليس بالضرورة لخصائص موجودة فى الموقف ذاته.

وساكتفى بذكر عدد قليل من التجارب التى تبين أن الشخص يمكن أن يستثير نفسه انفعاليا فى اتجاهات مختلفة كالحزن أو السرور , أو القلق ، على حسب ما يقوله لنفسه أثناء أدائه لعمل ما ، أو مواجهته لموقف معين ،

أو عند تفاعله مع أشخاص معينين. فلقد أمكن لاحد المجربين (١٣) أن ينجح فى التأثير فى الحالات المزاجية للشخص بتغيير محتوى العبارات التى طلب من الفرد أن يرددها أثنا اندماجه فى نشاط معين. فعندما تكون العبارات ذات محتوى سار أو منشط مثل : (اننى سعيد وفخور بنفسى) ، تظهر آثار انفعالية تختلف عما لو كان محتوى العبارة ذا شكل اكتئابى أو حزين (ان حياتى مليئة بما يكفيها من متاعب).

ومن الطريف أنه تبين أن الاستثارة فى الجهاز العصبى تزداد وترتفع عندما يطلب من الشخص أن يفكر فى موضوعات ذات طابع مثير جنسيا ، بينما ينخفض النشاط وتقل الاستثارة عندما يطلب من الشخص أن يتخيل أنواع هادئة من النشاط والتخيلات. وقد ثبت فى دراسة تجريبية (١٤) أنه يمكن استثارة الخوف بتخيل مواقف كريهة ، أو ضارة فى موقف معين.

.وهناك ملاحظات تأتينا من مجال التمثيل المسرحى تبين أن الممثل تنتابه مشاعر مختلفة بحسب العبارات التى يرددها لنفسه فوق خشبة المسرح .. فهو يغضب غاضبا حقيقا ، ويحنق ، ويفرح بحسب اتجاه الحوار ، أو المونولوج الداخلى الذى يردده على خشبة المسرح .

ونعرف من بحوث التعصب أن التعصب ضد الزنوج وغيرهم من الاقليات يتضاءل اذا ما عرف الشخص معلومات دقيقة عن موضوع التعصب. ففى دراسة عن التعصب ضد الزنوج تبين أن مرتبة الزنوج وقيمتهم ترتفع ويزداد تقبلهم اذا ما اطلع المتعصبون على معلومات عن دور الزنوج فى بناء الحضارة الانسانية. وتاريخهم ومساهماتهم فى التطور الاجتماعى(١٥).

وتحمل بحوث الشخصية الحديثة أدلة مماثلة قوية على تأثير الاتجاهات العقلية وعمليات التفكير والابداع على توافق الشخصية .فقدد تبين مثلا أن الشعور بالقلق في المواقف الاجتماعية والمخاوف الشديدة غير الواقعية من الامتحانات يرتبطان ارتباطا قويا بوجود اتجاهات وافكار لا منطقية نحو هذه النشاطات .. فالشخص يرى المواقف الاجتماعية والامتحانات مهددتين له ، ويبالغ فى ادراكهما فى أنهما مقياسان لقيمته وقوته.

وكذلك تبين أن بعض الافراد يتبنون معتقدات خاطئة تدفعهم للبحث عن تأييد الاخرين ، وتوقع اتفاقهم معه فيما يقول أو يفعل ومثل هذا النوع من الاشخاص غالبا ما يعانى من الاضطرابات الانفعالية عندما يتخيل نفسه فى موقف يرفضه الاخرون فيه ، أو عندما يتعرض لرفض حقيقى.

وقد تبين فى عدد من الدراسات لكاتب هذه السطور(١٦) أن القلق والتوتر النفسى يرتبطان بعدد من الخصائص ذات الطابع المعرفى منها :

١- التطرف فى الاحكام : فالاشياء أما بيضاء اوسوداء. أى أن الشخص القلق والمتوتر يفسر المواقف باتجاه واحد .. وهذا فيما يبدو ما يسبب له التعاسة والقلق ، لانه يوجه اهتمامه لجزء محدد من تفسير الوقائع دون استخدام تفسيرات أخرى تنتشله من أسر الاستجابات العصابية .

٢- كذلك يميل العصابيون الى التصلب ، أى مواجهه المواقف المختلفة المتنوعة بطريقة واحدة من التفكير.

٣- وهم يتبنون أيضا اتجاهات ومعتقدات عن النفس والحياة لا يقوم عليها دليل منطقى كالتسلطية ، والجمود العقائدى ، مما يحول بينهم وبين الحكم المستقل، واستخدام المنطق بدلا من الانفعالات.

٤- وهم يميلون للاعتماد على الاقوياء ، ونماذج السلطة ، وأحكام التقاليد، مما يحولهم الى أشخاص مكفوفين وعاجزين عن التصرف بحرية انفعالية عندما تتطلب لغة الصحة النفسية ذلك.

فاضطرابات الشخصية بأشكالها المختلفة عادة ما تصحبها اذن طرق غامضة متناقضة من التفكير عن الذات وعن البيئة. ولهذا فيجب أن تعتمد سياسة العلاج النفسى على تغيير مفاهيم المريض ، حتى يتيسر له التغيير فى سلوكه المضطرب .

ومن البحوث التى نشرت فى هذا الميدان مجموعة دراسات كان هدفها تقييم أساليب مختلفة من العلاج مع مقارنتها بعضها ببعض. وانتهى عدد من هذه البحوث الى اثبات أنه يمكن تخفيض القلق العام ، والقلق من مواقف محددة كالامتحانات ، والدخول فى علاقات اجتماعية ، اذا ما علمنا المرضى أن يعدلوا من طرقهم الخاطئة فى التفكير.

أضف الى ذلك النتائج المتعلقة بدراسة تأثير القيم والمعتقدات على الشخصية الانسانية. فمن المسلمات الرئيسية فى هذا الاتجاه أن المعتقدات والقيم المنطقية (التى تتكون بالاعتماد على وجود حقائق واقعية

وصـادقـة) غـالبـا مـا تؤازر ظهـور التكامل ، والتـوافق والابداع ، والدافع لمواصـلـة الجـهـد في العـمليـات العـقليـة . أمـا القـيم أو المعـتـقـدات اللامنطقـيـة (أى التى لا تقوم على الحقـائق أو لا تعتمـد على وجـود أدلـة واقـعـيـة) فـغـالبـا مـا تـؤدى الى المبـالغـات الانفـعـاليـة كـمـا تقـلل من دوافعنا أو تشـوه من وجهتها .

لهذا فعندما يتغير البناء الاساسى لقيم الفرد يتغير أيضا وجدانه وأسلوبه فى التوافق الفعـال* .

نكتـفى بهذا القدر من البراهين وننتـقل الان الى مناهج العـلاج التى تعتمد على التعديل من طرق التفكير ، ثم أساليب ذلك.

علاقة أساليب التفكير والاعتقاد باضطرابات الشخصية والسلوك

بالرغم من تعدد مناهج العـلاج السلوكى المعرفى ، فـاننا سنحـاول هنا أن نعـرض ونقـدم منهـجـا فى التـعـديل المعـرفى يقـوم على التكامل والتوفيق بين وجهات النظر المختلفة.

والفكرة الرئيسية التى تعتمد عليها أساليب تعديل التفكير ترى ـ فيما ذكرنا – أنه لا يمكن الفصل بالنسبة للسلوك الانسانى بين جوانب التفكير والانفعال والسلوك أو الفعل.

* من امثلة القيم اللامنطقية التى يكون محورها الاعتماد على قوه خارجية ثروه أو سلطة .. أو تقاليد تمنح السعادة والنجاح .... ومن أمثلة القيم المنطقية تلك التى تقوم على أدراك واقعى لقيمة الذات وقوتها مثل قيم الانجاز والابداع والقيم الجمالية .

جميع هذه الجوانب تتفاعل فيما بينها ويكمل بعضها البعض. بعبارة أخرى فانني لا أستطيع القول بأن الانسان منفعل فحسب ، لان الانسان وهو فى قمة الانفعال يفكر بطريقة معينة ، كما أنه يترجم انفعالاته إلى نشاطات خارجية. وبالمثل فالقيام بعملية تفكير فى حل مشكلة معينة – مثلا – تصحبه جوانب انفعالية متعلقة بالموضوع الذى أفكر فيه .. فضلا عن ظهور جوانب حركية وسلوكية تصاحب عملية التفكير والانفعال بالموضوع. وعندما يسلك انسان معين نتيجة لمنبه خارجى ، فان التفكير يتوسط بين ظهور هذا المنبه والاستجابة له . فالتفكير اذن يكون بمثابة همزة الوصل بين الاستجابة (انفعالية أو حركية) ، والموقف الذى يسببها.

والاضطراب الانفعالى بهذا المعنى ليس حالة وجدانية منعزلة ، بل أنه عبارة عن جوانب متكاملة ومتفاعلة من النشاط السلوكى الداخلى (فكرى) والخارجى (حركى) الذى وان بدت مظاهره متنوعه ، فانها فى الحقيقة مترابطة ومتلاحمة.

لهذا فمن الممكن – نظريا – ضبط الانفعال بأكثر من طريقة. اذا كنت أشعر مثلا باستثارة انفعالية (قلق أو خوف ، أو اكتئاب) نتيجة لموقف معين ، فان من الممكن تهدئة انفعالنا وضبطه بطرق مختلفة. يمكن مثلا ضبط المظهر السلوكى للانفعال .. كضبط الخوف واستبداله باستجابات ملائمة عن طريق الاسترخاء أو التطمين أو تأكيد الذات ،

أو العقاقير المهدئة. وما ذكرناه فى الفصول السابقة حتى الان يعتبر نموذجا - أو نماذج - لضبط الجوانب السلوكية للانفعالات والاضطرابات .

لكن من الممكن ايضا ضبط الانفعال من خلال المناقشة المنطقية مع النفس أو مع شخص له فى النفس مكانة خاصة بحكم الخبرة والمعرفة (كمعالج ، أو أخصائى نفسى ،أو صديق .. الخ) وبهذه الطريقة نحاول أن نغير من اتجاهنا الذهنى على أمل أن يؤدى هذا التغيير الى تغيير فى حالتى الانفعالية.

بعبارة أخرى ، فان التفكير والانفعال والسلوك أشكال متلاحمة. ومن الخطأ القول بان تغيير الانفعال وحده يؤدى الى تغيير التفكير ، أو أن تغيير التفكير يؤدى الى التغيير فى الانفعال ، لان تغيير التفكير يؤدى الى التغيير فى الانفعالات والعكس أيضا صحيح. أن جانبا كبيرا من الانفعالات فيما يرى واحد من المعالجين المعاصرين :

« ... لاتزيد عن كونها انماطا فكرية متحيزه ، أو متعصبة ، أو تقوم على التعميم الشديد .. ان التفكير والانفعال متلاحمان ويتبادلان التأثير والتأثر فى علاقة دائرية ، بل أنهما فى كثير من الاحيان يصبحان شيئا واحدا بحيث يحكم ما يقوله الفرد لنفسه عند حدوث شئ معين الصبغه الانفعالية التى ستبرز » .

وفى الممارسة العلاجية الحديثة من الضرورى على المعالج السلوكى

أن يعرض نفسة لخبرات متنوعة ونماذج متعددة من الاساليب التى تمكنه من تعديل السلوك ، والانفعال ، وطرق التفكير على السواء. والمعالج المعرفى السلوكى يحتاج أكثر من غيره من زملاء العلاج السلوكى التقليدى أو التحليل النفسى الى الاطلاع والابتكار فى ميادين بحث تغيير الاتجاهات والانماط الفكرية والمعتقدات ، ما أمكنه ذلك.

الاساس المعرفى للسلوك فى معادلة مبسطة :

اذا افترضنا – فيما يرى البرت اليس Eliis- من نيويورك (٢١) أن حادثة معينة ونرمز لها بـ : أ (وفاة قريب ، طلاق ، فشل فى امتحان ، اهانة من شخص غريب ، الفصل من العمل) قد اثارت استجابة انفعالية نرمز لها بالحرف (ت) (حزن - قلق - أو سرور..الخ) فان حدوث الحادثة (أ) ولو انه يعتبر مثيرا للحالة الانفعالية الناتجة (ت), لا يعتبر فى الحقيقة هو السبب الرئيسى لهذه الاستجابة. ذلك لان الاستجابة الانفعالية قد تختلف نتيجة لطريقة ادراكى وتفكيرى فى هذه الحادثة ، واساليب اعتقاداتى عنها .

أى ما يمكن أن نرمز له بالحرف (ب) أنها اذن ليست أ (الحادثة) هى التى أدت الى ت (الاستجابة الانفعالية) ، بل هى ب (طريقة ادراكى وتفكيرى فى الحادثة) هى التى تعتبر مسئولة عن ابراز هذه الاستجابة.

لهذا فان شعورنا بالاكتئاب أو الحزن المرضى إثر الفشل الشديد لتحقيق هدف معين ، أو خسارة شخص عزيز (أ) ، لم ينشأ الا نتيجة لما

أنسجه من تصورات سوداء حول هذه الخسارة (ب) تصورى مثلا بأن الفشل شئ فظيع وغير محتمل ويثبت بأننى انسان ضئيل الاهمية أو غبى أو وحيد .. الخ)

لكن استجاباتنا الانفعالية لا تكون مريضة أو مضطربة على الدوام . فازاء الفشل أو الخسارة فى المثال السابق قد تكون الاستجابة الانفعالية ذات طابع ايجابى ، بحيث أن الشخص قد يأخذ من هذا الفشل أو هذه الخسارة عبرة ويحاول أن يطرح من شخصيته أشياء أدت به الى هذا الفشل ، وان يتبنى خطة جديدة تحاول أن تحقق له مزيدا من النجاح. هنا أيضا تحكم الاستجابة الانفعالية الايجابية – مثلها مثل انفعال الاكتئاب السابق – بما سيقوله الشخص لنفسه وبما وطد فكره عليه .. فقد يكون تفكيره ازاء الفشل بأنه : « شئ سئ حقيقة أن تكون الاشياء كما لانشتهى لها أن تكون ، ولكن على أن احاول بكل جهدى تغيير الظروف التى أدت اليها بحيث تكون الاشياء مستقبلا مقبولة ومحتملة الى حد ما » .

اذن فوراء كل انفعال – ايجابى أو سلبى – بناء معرفى ومعتقدات سابقة لظهوره .

ولما كان السلوك أو الانفعال يتفاوتان من حيث السواء والمرض (بعض السلوك جيد وبعضه سيء ، وبعض الانفعالات ايجابى وبعضها سلبى) ، فان التفكير المصاحب أو السابق لهما يتفاوت أيضا من حيث المعقولية واللامعقولية. بعبارة أخرى إذا كانت طريقة التفكير عقلية ومنطقية فإن السلوك سيكون جيداً ، والانفعال أيضا سيكون إيجابيا

ودافعا لمزيد من النشاط والبناء ، والعكس صحيح : اذا كانت طريقة التفكير لامقبولة ولامنطقية فان السلوك والانفعال كليهما سيكونان على درجة مرتفعة من الاضطراب.

لهذا يميز المعالجون السلوكيون المعرفيون المعاصرون بين نوعين من المعتقدات :

١- اعتقادات منطقية ومتعقلة ، ويصحبها فى الغالب حالات وجدانية ملائمة للمواقف ، وتنتهى بالانسان الى مزيد من النضوج الانفعالى والخبرة والعمل البناء.

٢- إعتقادات لامنطقية وغير متعقلة تصحبها الاضطرابات الانفعالية المرضية (كالعصاب والذهان وغيرها).

أما متى تكون الاعتقادات وأساليب التفكير منطقية ومتعقلة ، فان هذا يتوقف على انسجامها مع أهدافنا العامة ، وقيمتها الاساسية فى الحياة ، وتحقيق السعادة والفاعلية والاجتماعية ، والابداع ، والايجابية. وتعتبر المعتقدات وأساليب التفكير منطقية عندما لاتخدم توافقنا مع واقع ، وتحكم علينا بالسلبية والهزيمة والانسحاب وبالتالى الشعور بالضآلة وعدم الفعالية.

ويقودنا هذا الى ضرورة الالمام بأنواع الاساليب الفكرية والمعتقدات الخاطئة التى تؤدى الى الاضطرابات الانفعالية وسوء التوافق.

معتقدات فكرية خاطئة *

من رأينا أنه يمكن تصنيف العوامل الفكرية المسببة للاضطراب النفسي والعقلي الى فئتين من العوامل هما :

١- عوامل متعلقة بمحتوى الافكار والمعتقدات.

ب- عوامل متعلقة بأساليب التفكير والمعتقدات.

أما محتوى الافكار أو المعتقدات فاقصد به مجموع وجهات النظر والافكار التى يتبناها الفرد عن نفسه وعن الاخرين ، ومن المؤكد أنه يمكن الرجوع بالمرض النفسي والاضطراب الى عناصر من التفكير ، والتصورات الخاطئة ، والاتجاهات والقيم التى تسبب فيما يبدو الهزيمة ازاء أحداث الحياة.

يذكر أحد المنظرين للعلاج النفسي - فى هذا المعنى - ان الانسان أى انسان يعتبر بشكل ما عالما (١٧) وهو لا يعنى بالطبع أن كل انسان يلبس معطفا أبيض ، أو يحمل شهادة ماجيستير أو دكتوراه ، لكنه يرى بأن كل فرد ، مثله فى ذلك مثل العلماء ، يتبنى ويعتنق عددا من التصورات عن نفسه ومفاهيم عن الاشياء والاخرين. ويطلق كيلي - صاحب هذا الرأى - فى مواقع أخرى أسماء مختلفة على هذه التصورات : فيسميها أحيانا المعتقدات ، ويسميها أحيانا أخرى الفلسفة العامة للشخص.

---

* عند الحديث عن معتقدات فكرية خاطئة لانقصد الاشارة الى الاخطاء بالمعنى المنطقى الذى يرد فى دراسات المنطق والفلسفة ، بل نقصد الجوانب الفكرية التى تسود لدى المضطربين والمرضى .

لكن ما يفرق الفلسفة العامة أو مفاهيم الشخص حول نفسه وحياته عن أراء الفيلسوف أو العالم ، هو أن فلسفة الشخص العادى قد تكون صادقة ومتسقة تحقق لصاحبها التوافق مع نفسه ومع الاخرين ، وقد لاتكون كذلك .

وعندما يواجه الفرد أى موقف أو شخص فانه ينظر اليه ويتعامل معه وفق فلسفته العامة . فيشعر بالتهديد أو الطمأنينة ، بالسلام أو الرغبة فى مناصبته العداء ، بالحب أو الكراهية ، بالقلق أو الهدوء ، بالاقبال أو الاحجام حسب ما تمليه عليه فلسفته العامة ومجموع وجهات نظره وتوقعاته عن الحياة والاخرين.

ولما كان العصاب يعبر عن اضطراب فى المشاعر والانفعالات ، فانه يجب أن يكون اذن مرتبطا أو ناتجا عن أخطاء فى محتوى الافكار والمعتقدات الشخصية للعصابى ، أى ما نسميه بالافكار ووجهات النظر اللامنطقية .

« اذا كان الشخص العصابى أساسا انسانا يتصرف بطريقة أقل مما تسمح به امكانياته ، أو شخصا يهزم نفسه عند تحقيق أهدافه بالرغم من قدرته – نظريا – على تحقيقها تحقيقا سليما ، فانه يترتب على ذلك أن نقول بأنه يتصرف بطريقة غير متعقلة ، ولامنطقية ، وغير واقعية (١٨) » .

الآن ما هو مجموع التصورات أو الفلسفات اللاواقعية ، التى من شأنها اذا ظهرت لدى شخص معين أمكن القول بأنه شخص مضطرب

نفسيا أو على وشك أن يكون كذلك أو أن نتوقع على الاقل بانه سيتصرف بكفاءة أقل ، وسيواجه الامور باستجابات سلبية كالغضب ، أو الاكتئاب ، وسيهزم نفسه من جراء هذا ؟ .

فيما يلى بعض الافكار التى تبين أن الشخص اذا ما قالها لنفسه عند مواجهة موقف معين فأنها تؤدى به مباشرة الى أثارة الاضطراب والهزيمة *.

الفكرة الأولى

أفضل فى كل هذه الحالات الفكرة القائلة ان من الضرورى أن يكون الانسان محبوبا من الجميع ومؤيدا من الجميع فيما يقول وما يفعل ، بدلا من التأكد على احترام الذات ، أو الحصول على التأييد لاهداف محددة (كالترقية فى العمل مثلا) ، أو تقديم الحب بدلا من توقع الحب.

الفكرة الثانية

الفكرة القائلة أن بعض تصرفات الناس خاطئة او شريرة ، أو مجرمة ، وانه يجب عقاب الناس الذين تصدر عنهم هذه التصرفات عقابا شديدا ، بدلا من الفكرة أن بعض التصرفات الانسانية غير ملائمة أو لااجتماعية وأن الناس الذين تصدر عنهم هذه التصرفات أغبياء ، أو جهلة ، أو مضطربون انفعاليا.

---

* تجدر الإشارة هنا إلى أن ألبرت إليس (١٨) يعتبر صاحب المبادرة الرئيسية فى حصر وجهات النظر والأفكار اللامنطقية .

الفكرة الثالثة

الفكرة القائلة أنها كارثة أو مأساة عندما لاتسير الاشياء كما لا نشتهى لها أن تكون ، أو عندما لاتصبح الأشياء كما نتوقع لها ، بدلا من الفكرة أن من السيئ أن تكون الاشياء كما لانشتهى لها أن تكون ، وان علينا أن نحاول بكل جهدنا لتغير الظروف أو ضبطها بحيث تكون الاشياء مقبولة الى حدما . لكن اذا كان تغيير المواقف السيئة غير ممكن أو مستحيلا ، فان من الافضل للشخص أن يمهد نفسه لقبول الاشياء وان يتوقف عن تصويرها بأنها فظيعة وقاتلة .

الفكرة الرابعة

الفكرة القائلة ان شقاءنا وتعاستنا وعدم احساسنا بالسعادة نتاج لاشياء خارجية عنا : ظروف أو حظ أو أشخاص اخرين أو مكان معين ، بدلا من الفكرة ان جزءا كبيرا من مصيرنا نحكمه نحن بآرائنا وتصرفاتنا .

الفكرة الخامسة

الفكرة القائلة انه شئ طبيعى أن يشعر الانسان بالقلق والتوتر عندما تحدث أشياء خطيرة أو سيئة ، بدلا من الفكرة أننا يجب أن نواجه مصادر الخوف والقلق بصراحة ونحاول أن نقلل من الآثار السيئة التى تترتب عليها . فاذا كان ذلك مستحيلا فانه يمكن للانسان أن يهتم بأشياء أخرى ، ويتوقف عن تصور أن هذا الشئ خطير أو مخيف .

الفكرة السادسة

الفكرة القائلة ان من السهل والاحسن أن نواجه مصاعب الحياة ومؤولياتها بالتجنب والانسحاب ، بدلا من الفكرة أن الحل السهل السريع هو حل قد يؤدى على المدى الطويل الى آثار سيئة ،وانه يجب لهذا مواجهة المصاعب عندما تثور وليس البعد عنها وتجنبها .

الفكرة السابعة

الفكرة القائلة ان الانسان يحتاج لشئ ، أو لشخص اخر اقوى وأعظم خبرة لكى يسانده على تحقيق أهدافه فى النجاح ، بدلا من الفكرة أن من الاحسن كثيرا أن نعتمد على أنفسنا وان نقف على قدمنا وأن نستمد ايماننا من انفسنا ومن قدراتنا ومن قيمنا الخاصة عند مواجهة مصاعب الحياة ومشكلاتها .

الفكرة الثامنة

الفكرة القائلة ان الشخص يجب أن يكون قادرا دائما على التحدى والمنافسة والتفوق والذكاء فى كل الجوانب الممكنة ، بدلا من الفكرة أن من الممتع للنفس أن يكون الانسان متمكنا من شئ ما يتقنه ويستمد منه الاشباع وتحقيق الذات.

الفكرة التاسعة

الفكرة القائلة اننا نتصرف ونسلك بطريقة معينة بسبب آثار سيئة فى تربيتنا فى الماضى وان الماضى قدر لايمكن تجنبه ، بدلا من الفكرة أننا أصحاب مسئولية أساسية عما يصدر منا من تصرفات وان الماضى يمكن تجنب آثاره السيئة اذا ما عد لنا وجهات نظرنا وتصرفاتنا الحالية .

الفكرة العاشرة

الفكرة القائلة أن من الواجب أن يشعر الانسان بالتعاسة والحزن عندما يشعر الاخرون بذلك أو عندما تحيق بهم مشكلة أو كارثة ، بدلا من الفكرة أن الانسان يجب أن يتمالك نفسه إزاء مصائب الاخرين ، لانه سيكون أكثر فائدة لهم مما لو كان كئيبا أو مهزوما مثلهم.

الفكرة الحادية عشر

الفكرة القائلة ان السعادة البشرية والنجاح أشياء يمكن الوصول اليها دون جهد ، بدلا من الفكرة أن على الإنسان أن يفعل شيئا وأن يجاهد نفسه لخلق مصادر خاصة لسعادته وأنه بمقدار الجهد المبذول بمقدار ما تتحدد غاياته.

الفكرة الثانية عشر

الفكرة القائلة ان هناك مصدرا واحد للسعادة وانها لكارثة اذا ما أغلق هذا المصدر أو فقد بدلا من الفكرة أن الانسان يستطيع أن يحقق

سعادته من مصادر مختلفة ، وان يبدل أهدافه بأهداف أخرى اذا ما تطلب الأمر ذلك .

ولعل القارئ يحتاج لمثال يصور كيف تقوم هذه الأفكار باثارة اضطراباتنا وكيف يمكن تحديدها من خلال المحاورة ، والمثال الآتى يوضح جزءا من جلسة علاجية بين شخص مصاب باكتئاب ومعالجه :

المريض : أحس اليوم بضيق شديد وأن الزملاء لم يعودوا يحبوننى كما كانوا من قبل.

المعالج : تشعر بالضيق لان زملاءك لايحبونك ؟

المريض : نعم هذا صحيح. أليس شيئا طبيعيا أن نشعر بالتعاسة عندما نفقد حب الناس يوما بعد يوم ؟

المعالج : لا .. انك لم تكن متضايقا لهذا السبب .

المريض : لم أكن ؟ ماذا تعنى ؟ ولكن هذا ما حدث .

المعالج : لا ، اننى أصر. انك تظن بأنك كنت تعيسا لهذا السبب .. ليس أكثر من ظن. بينما الامر ليس كذلك .

المريض : فلماذا كنت قرفانا وضيقا اذن ان لم يكن لهذا السبب ؟

المعالج : ان الامر بسيط – بساطة الحروف الهجائية . ف (ا) – فيم أرى فى حالتك – هى الحادثة التى أدت الى عدم حب زملائك لك أو

نفورهم منك ، دعنا نفترض أنك حاولت أن تلاحظ سلوكهم جيدا ، وأنك ربما تكون قد توهمت أنهم لا يحبونك كالسابق.

المريض : أؤكد لك أنهم يكرهونني. ان الامر واضح بالنسبة لى وضوح الشمس.

المعالج : دعني أفترض أنهم يكرهونك ولا يحبونك ، وان عدم حبهم لك هو « أ ». والآن فان « ت » وهى استجابتك بالتعاسة والضيق هو ما حدث نتيجة لهذا .

المريض : هذا صحيح .. انى أتفق معك على هذا تماما .

المعالج : جميل اذن ف «أ» هو موقف عدم حب الاخرين لك ، و«ت» هى شعورك بالتعاسة. انك ترى «أ» ثم تشعر «ت» ولهذا تفترض أن «أ» عدم حبهم لك هو السبب فى «ت» وهو أكتئابك وشعورك بالتعاسة. لكن «أ» ليست السبب فى الحقيقة .

المريض : ليست السبب ؟ فما هو السبب اذن ؟.

المعالج : انها «ب» وليست «أ» .

المريض : وما هى «ب» ؟.

المعالج : « ب » هو ما كنت تقوله لنفسك عندما كنت فى الاجتماع مع هؤلاء الزملاء.

المريض : ما كنت اقوله لنفسى ؟ لم أكن أقول لنفسى شيئا آنذاك .

المعالج : لا لقد فعلت. لقد كنت تقول لنفسك شيئا ما بكل تأكيد .. والا لما كنت شعرت بما شعرت به. ولو أن الامر كان سقوط حجر ثقيل على رأسك أو شيئا من هذا القبيل فشعورك له ما يبرره. لكن لم يسقط عليك حجر ، ولم يحدث شئ يسبب الاذى الفعلى. اذن فمن الواضح ان، هناك شيئا كنت تقوله لنفسك وهو الذى أدى الى آثارة شعورك بالاكتئاب .

المريض : ولكنى أقول لك صادقا وبكل أمانة بأننى لم أقل شيئا .

المعالج : لقد قلت. دعنا نعود الى اللحظة التى حدث فيها هذا الموقف ، تذكر ما كنت تقوله لنفسك. وقل ماذا كان ذلك ؟ .

المريض : لقد ..

المعالج : هه.

المريض : (بعد لحظة تفكير وتأمل) أعتقد أننى فعلا كنت أقول لنفسى شيئا ربما كنت أقول لنفسى شيئا من هذا القبيل : أنهمك لا يحبوننى. وان الكراهية تظهر فى عيونهم .. انه لشئ بشع لماذا يفعلون ذلك .. وكيف يجرؤون على ذلك معى أنا الذى أفتح قلبى وأمنح وقتى لهم .

المعالج : بالضبط .. وهذا الذى كنت تقوله لنفسك هو «ب» . هى «ب» دائما أو ما تقوله لنفسك هو الذى يثير مشاعرك بالشكل الذى وصفته من قبل. الا بالطبع فى بعض الحالات المادية عندما يقع مثلا شئ

مادى أو محسوس حجر أو قطعة صلبة أو شئ من هذا القبيل يؤدى الى أذى حقيقى. ولكن عدا ذلك من حوادث : كلمة من شخص ، ايماءة ، أو اتجاه ، أو شعور ضدك فان ما يحكم النتيجة دائما هو أنت. فاذا تركت هذه الكلمة أو الايماء أو شعور الاخرين نحوك يسبب الاذى أو التعاسة فانك تكتئب لانك سمحت بذلك ، أى لانك تقول لنفسك مثلا أن هذا شئ فظيع وبشع ومأساوى ، وهذا هو ما أعنيه بـ : « ب » .

المريض : وماذا أفعل أذن ؟.

المعالج : سأبين لك بالضبط ماذا تفعل. اريد أن تحضر مع زملائك كل الاجتماعات سواء كانت رسمية أو غير رسمية. ان لم تكن توجد اجتماعات : اخلق لقاءات بينك وبينهم. ولكن حاول فى هذه المرة بدلا من ان تجعلهم يحبونك أو يتصورون بأن كل كلمة تقولها تدل على أنك انسان خطير الشأن – بدلا من هذا أريدك أن تقوم بشئ بسيط .

المريض : وما هو ؟.

المعالج : أريدك أن تلاحظ مجرد ملاحظة وأنت معهم ما تقوله لنفسك عندما يظهر عدم حبهم أو اهمالهم لك. لاحظ حديثك .... الصامت والعبارات الداخلية التى تفسر بها استجاباتهم لك أو اهمالهم. هل تستطيع أن تفعل ذلك ؟

المريض : لا أعتقد أن هذا شئ عسير. ملاحظة ما أقوله لنفسى وحوارى الصامت معها عندما الاحظ كراهية الاخرين .

المعالج : نعم ، هذا هو كل ما نريده فى الوقت الحالى . فى الجلسة التالية دار هذا الحوار :

المعالج : هل فعلت ما أتفقنا عليه ؟

المريض : نعم. لقد كان شئ يدعو للهزيمة .. كل ما كنت أقوله لنفسى هو عبارات من الرثاء الذاتى.. لا شئ أكثر من الرثاء لحالى.

المعالج : بالضبط رثاؤك لذاتك ، ولاشئ أكثر من هذا، لاغريب اذن أن تكون تعيسا ومكتئبا بهذا القدر. دعنا الان نرى ما اذا كان يمكن أن نغير من ذلك ، وأن نبدل من سلوكك الذهنى الذى يسبب هزيمتك. لنرى كيف أنك يمكن أن تنتشل نفسك من هوة هذا الاضطراب والهزيمة (١٩) .

وسنرى فيما بعد الاساليب التى يمكن استخدامها للاستعاضة عن الافكار اللامنطقية بأفكار اخرى منطقية وأساليب تعديل السلوك الذهنى بشكل عام. أما الان فيبقى أن نشير الى الاساليب الاعتقادية والذهنية العامة التى تساهم بدورها فى أحداث الاضطراب.

أساليب أخرى من التفكير

الخاطئ غير الفعال

عند التفكير فى حل مشكلة معينة أو فهمها ، تحدث أخطاء فى الفهم والتفسير مما يشوه صورة الواقع وبالتالى يثير الاضطرابات السلوكية ، من هذا :

المبـــــالغة :

وتتمثل فى الميل للمبالغة فى ادراك الاشياء ، أو الخبرات الواقعية ، واضفاء دلالات مبالغ فيها كتصور الخطر والدمار فيها . ومن الثابت أن المبالغة فى ادراك نتائج الاشياء يميز الاشخاص المصابين بالذات بالقلق. فتفكير الشخص فى حالات القلق يتميز بالمبالغة فى تفسير الموقف مما يؤدى الى إثارة مشاعر الخوف والتوتر. فهو دائما يتوقع الشر لنفسه ، ولاسرته ، أو لممتلكاته ، أو يتوقع الخوف من فقدان مركزه أو وظيفته والاشخاص المهمين فى حياته وربما لا توجد أسباب لذلك. والشخص القلق يبالغ فى تصور خبرات (قد تكون محايدة) فى علاقاته بأصدقائه ، أو أقاربه ، أو رؤسائه فيدركها على أنها مهينة أو محبطة.

واذا كانت المبالغة والتضخيم من الاشياء الخاطئة لانها تثير القلق والجزع ، فالعكس غير صحيح ، أى أن التقليل من المخاطر الواقعية قد تكون له أيضا نتائج انفعالية سلوكية مماثلة . فالتقليل من المخاطر الفعلية

غالبا ما يؤدى الى الاندفاع وتكرار التجارب الفاشلة. كما قد يؤدى الى تخفيض الدافع الى مواصلة الجهد والانجاز.

ومن المؤكد أن مجاهدة النفس على الادراك الموضوعى للواقع (دون مبالغة أو تقليل) يعتبر بمثابة الوسط الذهبى الذى يمنح الانسان القدرة والبصيرة على التوجيه الفعال لمشاعره وسلوكه.

التعميم :

يلاحظ برتراند راسل أن اليقين المطلق من أعدى أعداء التفكير البشرى المنطقى ويكتب :

« ان البعد عن المطلقات يعتبر - فى نظرى - من الاشياء الجوهرية للتعقل والتفكير المنطقى ».

وكذلك يلاحظ فؤاد زكريا أن :

« اليقين كثيرا ما يكون مضلا.. واننا لنلاحظ فى تجربتنا العادية ان أكثر الناس يقينا هم عادة أكثرهم جهلا » (٢٠).

وفى مجال علم النفس من الثابت أن الميل للتعميم من الجزء الى الكل يعتبر من العوامل الحاسمة فى كثير من الامراض الاجتماعية كالتعصب القومى ، والتعصب الدولى والعدوان. فكثير من الخصائص السلبية التى ننسبها لجماعة معينة لكى نبرر تعصبنا نحوها قد يكون فى الحقيقة تعميما خاطئا لخبرة سيئة مع فرد ينتسب لهذه الجماعة. ولهذا ليس من النادر أن

نجد كثيرا من الذكور الذين مروا بخبرة سيئة مع واحدة من الجنس الآخر غالبا ما يرددون : لاتثق فى المرأة . والعكس صحيح ، فكثير من النساء يرددن « الرجال جميعا سواء » . ومثل هذه التعميمات تكون بداية لظهور بذور سوء التوافق أو علامة له .

والتعميم أسلوب من التفكير يرتبط بكثير من الانماط المرضية ، خاصة الاكتئاب والفصام .

فالمكتئب غالبا ما يعمم الخبرات الجزئية على ذاته تعميما سلبيا . فتوجيه نقد غير مقصود له قد يعنى عنده : « أنى انسان فاشل لا يحسن التفكير » وفشله فى تحقيق هدف ولو جزئى قد يعنى لديه « اننى انسان عاجز عن تحقيق آمالى فى الحياة » . وبعد صديق أو رفيق عنه قد يعنى « بأننى بدأت أخسر كل أصدقائى » . واذا حدث وان رئيسه او زميلا من زملائه قد نسى ان يبادله التحية فاذن « اننى انسان مكروه وغير مرغوب فيه » وكثير من الاشخاص الفصاميين خاصة الذين تتملكهم هواجس العظمة أو الاضطهاد يستخدمون هذا الاسلوب المشوه من التفكير فقد يحدثك الشخص فى هذه الحالات بأن مخابرات الدولة تعمل ضده بدليل أنه رأى فى الصباح الباكر شخصا يسير بجوار منزله وهو يختلس النظر الى مدخل حجرته .

ويعتبر التعميم الخاطئ أيضا من العوامل الحاسمة فى اكتساب المخاوف المرضية . وقد لاحظنا من قبل فى حالة الطفل « ألبرت » أن خوفه من الفأر قد تعمم على كل الحيوانات ذات الفراء ، فأصبح يخاف من الارانب والفئران والقطط وغيرها .

ولما كان المعالج النفسي المعرفي يقدر دور هذا العامل في المساهمة في اضطرابات البشر ، فان عليه ان يؤكد باستمرار لمريضه بأنه لايوجد شئ أكيد تماما ، وانما قد يكون مرجحا بدرجة قليلة أو كبيرة .

الثنـــائـــية والتطرف :

يميل بعض الاشخاص لادراك الاشياء اما بيضاء أو سوداء ، حسنة أو سيئة خبيثة أو طيبة ، صادقة أو خاطئة ، دون ان يدركوا أن الشئ الواحد الذى قد يبدو فى ظاهر الامر سيئا ، قد تكون فيه اشياء ايجابية ، أو يؤدى الى نتائج ايجابية . ويطلق الباحثون فى علم النفس على هذه الخاصية من الشخصية مفاهيم مثل النفور من الغموض أو تصلب الشخصية . وقد اشرنا من قبل الى عدد من الدراسات التى قمنا بها في البيئة العربية . والتى بينت أن هذه الخاصية من التفكير ترتبط بسمات لاتوافقية كالتعصب والتسلط والتوتر ، والقلق . وتتفق هذه النتائج مع بحوث الغرب ، وبحوث عربية أخرى .

وفى ميدان العلاج النفسى يمكن أن نكتشف هذه الخاصية بسهولة فى تفكير المضطربين . ولهذه الخاصية تأثير سيئ فى العلاقات الاجتماعية ،، كسوء التوافق بين الازواج . فاذا كان الزوج والزوجة يميلان بنفس القدر الى هذا النوع من التصلب ، فان الصراع وسوء التوافق بينهما يعتبران نتيجتين مرجحتين .

وتمتلئ عبارات المضطربين وكلامهم بكلمات مثل « مطلقا » ، و« من المستحيل » ، و« دائما » ، و« بالمرة » . وقد نجد عبارات منتشرة فى

حالات سوء التوافق مثل :

– هذه المرأة لا تطاق بالمرة.

– زوجى لا يفكر الا فى نفسه.

– لا أرى على الاطلاق فائدة فيما اقوم به.

–حياتى لا يقبلها أحد.

– أحب أعمالى أن تكون كاملة وتامة.

– حياتى تفتقد بالمرة عنصر الحب.

– العالم الذى أعيشه عالم ظالم وغير منصف على الاطلاق.

– لم أحاول اطلاقا أن أفعل أشياء لست متأكدا من نتائجها .

ولا شك ان حالات كثيرة من الضيق والاكتئاب قد تتملك المرء اذا ما كان يعتنق ازاء الاشياء التى تواجهه آراء يقينية عن سوء نتائجها بالنسبة له ، وذلك كالطالب الذى يحزن لأنه حصل على جيد جدا عندما يرى أن الحصول على أقل من ممتاز يعتبر بالنسبة له مقياسا مطلقا لقيمته وذكائه. لذلك نجد أن كثيرا من النجاح فى العلاج النفسى يتبعه اختفاء للطموحات المطلقة ، أو نزعات الكمال المتطرفة .. الخ.

وفى تحليل الاضطرابات الوجدانية كالغضب ، والاكتئاب والعصاب نجد أن عامل التطرف من العوامل الهامة فى آثارة هذه الاضطرابات. فعندما يقول الفرد لنفسه « اننى انسان فاشل بالمرة ولا نفع فى » ، قد

تصيبه مباشرة مشاعر الاكتئاب والسلبية والتقاعس ، بينما عبارة يقولها الاب لابنه (أو لابنته) لانها تأخرت نصف ساعة فى العودة لمنزلها : « انك ستدمرين الاسرة » قد تثير لديه هذه العبارة وهو يقولها مشاعر الجزع والغضب. وبالمثل قد تحرك الزوجة فى نفسها مشاعر الغيظ والكراهية عندما تقول لزوجها مثلا « ما من امرأة تقبل أن تعيش معك » ، أو « انك إنسان لاتطاق ولاتفكر الا فى نفسك » .. وهكذا .

ويرتبط بهذا الاسلوب ، أسلوب آخر خاطئ فى التفكير يمكن أن نطلق عليه مفهوم التجريد الانتقائى. كأن يعزل الشخص خاصية معينة من سياقها العام ، ويؤكدها فى سياق آخر. فالشخص قد يعزف عن التقدم لعمل جديد مناسب ، لانه رفض فى عمل سابق لاسباب لاعلاقة لها بامكانياته ومواهبه وبما يتطلبه العمل الجديد. والطفل الذى قد تبعده معلمته عن المساهمة فى نشاط حركى بسبب ضعف فى ساقه ، قد يعزف عن المساهمة فى أى نشاط اجتماعى اخر لانه يشعر أنه غير محبوب لعجزه عن اللعب مثل غيره.

والتجريد الانتقائى من الاخطاء التى تشيع فى أفكار المكتئبين فقد تبين (٢٢) أن المكتئب يركز على جزء من التفاصيل السلبية ويتجاهل الموقف ككل ... فهو يعود المنزل بعد حفلة أو لقاء ، ولا يذكر من هذا اللقاء الا أن فلانا تجاهله ، وفلانا قاطعه فى الكلام وأنه كان يجب أن يقول كذا ، وان لايقول كذا .. الخ .

أخطاء الحكم والاستنتاج :

في الكثير من حالات القلق والاكتئاب والعدوان يكون السلوك ناتجا عن خطأ في تفسير الحادثة بسبب عدم توافر معلومات معينة ، أو سياق مختلف . فالفصامي قد يثور على طبيبه لأنه يتصور أنه متواطئ مع بقية العاملين في محاولة السيطرة عليه وعلى تصرفاته . والشخص الذكي قد يتصور أنه ضعيف الفاعلية وأقل ذكاء لان حكمه على ذاته غير دقيق ربما نشأ مع أخوة ذوي ذكاء مماثل ويكثرون من نقده. وقد نثور على انسان معين بالغضب والعدوان على اعتقاد أنه يقوم بالوشاية والتحريض لاننا نجده يتحدث مع شخص اخر اثر مشادة معه . وقد تكون احدى الفتيات على قدر لا بأس به من الملاحة وحسن الصورة ، ولكنها تنشأ وهي تعتقد أنها غير جميلة ولا تتوقع الحب من أحد لانها نشأت مع أخت أو قريبة أكثر جمالا ومرحا منها .

وتسود هذه الاخطاء بشكل خاص لدى المصابين بالاكتئاب فمن المعروف(٢٣) أن المكتئب يرتكب هذا الخطأ المنطقي عندما يرى في خبر أو موقف مصدر للازعاج ، أو « الاقلال من الكرامة » .. أو « تقليل الشأن » عندما لايكون هناك من الدلائل ما يدعوه لهذا الاستنتاج والحكم .

أساليب فعالة فى تعديل طرق التفكير اللاعقلانية

سوف نعرض باختصار فى الفقرات التالية بعض الاساليب الحديثة فى تعديل الطرق الخاطئة من التفكير كما عرضنا لها فى الصفحات السابقة . وينبغى أن نعترف فى الحقيقة بأن التركيز على الحالات الداخلية (طرق التفكير والمعتقدات) قد أضاف امكانيات متعددة لتغيير السلوك ، وأدى الى استبصارات متعددة فى استخدام الاسلوب العلمى فى علاج الشخصية. فلقد أوضحنا فى الصفحات السابقة أن الناس يحولون أنفسهم الى مضطربين ومرضى بسبب وجود عادات سيئة من التفكير الخاطئ ، وسلسلة من المعتقدات التى تقود الى هزيمة الذات. لهذا فمن الضرورى أن يتبنى المعالج دورا ايجابيا قويا مع مريضه. وقد رأينا فى المثال الذى تعرضنا له من قبل أن المعالج يساهم بايجابية فى تقديم التفسير لمريضه ، وفى القيام بطريقة مباشرة بمساعدته على استنتاج الافكار الداخلية (اللامنطقية) التى كانت تسيطر عليه عندما كان يلتقى بزملائه أو يتفاعل مع الاخرين.

ومن المسلمات فى نظريات العلاج المعرفى أن جزءاً كبيراً من اضطراب سلوكنا يتم بفعل تفكيرنا الخاطئ لكننا ايضا نفكر بطريقة خاطئة لاننا لانعرف الطريقة الصحيحة من التفكير .

فجزء كبير اذن من وجهات نظرنا ، ومعتقداتنا الخاطئة ونقص التفكير السليم ينتج عن أننا لم نتعلم – أو لم يعلمنا أحد – كيف يكون التفكير السليم. لهذا نجد أن أساليب علاج المسالك الذهنية هنا ينحو نحوا عقليا

وتربويا . ويؤكد « ألبرت اليس» كما أكد من قبله « أدلر »- أن العلاج يجب أن يتضمن عملية اعادة تربية ، وضرورة التحاور مع المريض بكل الضروب المنطقية من الحوار لكي نبين له الجانب الخاطئ في تفكيره ، مع دفعه مباشرة الى استنتاج الطرق الصحيحة وتطبيقها.

والدحض المستمر للافكار الخاطئة مع الاقناع يساعد على كشف أن طرق تفكيرنا السابقة لم تعد تجدى . ولهذا فاننا باستمرارنا في تبنيها لانكرر اضطراباتنا وأخطاءنا بحذا فيرها فحسب بل أننا سنعمل على زيادتها وقوة تأثيرها . وتبني بحوث علماء النفس الاجتماعى أن الاقناع من خلال الاساليب التربوية والمحاضرات والمناقشات يؤدى الى تعديل واضح فى الاتجاهات العنصرية ويقلل من التعصب . ولهذا تقوم فى الولايات المتحدة مجهودات شاملة فى كثير من المدارس على اعطاء معلومات عن الأقليات ذلك لأن من المعروف أن من يعرفون أشياء أكثر عن جماعة أو اقلية ما يقل عدوانهم وتقل كراهيتهم لتلك الاقلية ومن ثم فان التغير فى المعرفة غالبا ما تنعكس آثاره فى مجال الفعل والشعور . وشئ من هذا القبيل يحدث فى حالة الاضطرابات الفكرية ، فكلما ازداد وعينا وتبصرنا بأن هناك بدائل فكرية صحيحة ، أزدادت جاذبية تلك الافكار الصحيحة واحتمال تبنيها كأسلوب دائم وجديد فى الشخصية .

ومن المهم هنا أن نشير الى النتائج التى تثبت فاعلية الاقتناع والدحض فى تغير الاتجاهات دلائل قوية ويستخدمها الناس فى مجالات

اجتماعية مختلفة. بل ان قيمة بعض أساليب التأثير فى الرأى العام كالدعاية ، والاعلام والاحاديث الاذاعية تكتسب أهميتها بسبب تأثيرها على عمليات التفكير السابقة. وعندما يحاول المعالج ، أو الاستاذ ، أو الموجه أو اى شخص اخر اقناع شخص معين بأن يتخلى عن أفكاره الخاطئة ومعتقداته المشوهة عن النفس وعن الاشياء ، وأن يتبنى أفكار اكثر فائدة وأقل مدعاة للهزيمة الذاتية فان من السهل لا ان نتبنى افكارا جديدة ونافعة فحسب ، بل ان فاعلية الانسان الاجتماعية تزداد ، وتتحسن قدراته على التوافق.

وثمة خاصية أخرى من خصائص الاتجاهات الجديدة فى علاج طرق التفكير والمعتقدات ،وهى تعليم الاشخاص **طرقا جديدة لحل مشكلاتهم العاطفية والسلوكية** . فمن الممكن تصور أن الاضطراب يحدث عندما نفشل فى مقابلة تحديات التوافق فى المجتمع ، وفى استخدام امكانياتنا ، أو نقاط قوتنا بفاعلية. ولهذا فتنمية القدرة على حل المشاكل ومعرفة أن هناك طرقا بديلة للوصول للاهداف ، مع فهم دوافع الاخرين ، ومحاولة أن نبين للشخص أن كل موقف يختلف عن غيره من المواقف ، قد تساهم أيضا فى عملية الاستبصار وزيادة الفاعلية الشخصية.

لكن الاستبصار – كما لاحظنا آنفا – قد لا يؤدى الى تغيير مباشر فى السلوك. فالقول بأن اكتساب الاستبصار يؤدى تلقائيا الى التغير فى السلوك ، ما هو الا افتراض يصح فى بعض الحالات ويخطئ فى البعض

الاخـر ، لهـذا فـمن الضـرورى أن نسـاعـد الشـخص على توظيف أفكاره الجديدة المنطقـيـة حـالما تحدث وذلك بدفـعـه وبتكليـفـه بواجـبـات منـزلية Home Wrok. يسعى الشخص من خلالها الى ممارسة أفكاره المنطقية عمدا وفى مـواقف حية. لهذا فـقد يوصى المعالج مـريضـه - كمـا رأينا فى حالة الشاب التى أشرنا لها آنفا - أن يقوم بتامل ما يقوله لنفسه فى موقف مـعين. وتبين المـمارسـة العـلاجـيـة أن مـحـاولة خلق مـواقف حـيـة .. وأرغـام أنفسنا على الدخول فيـهـا باتجاهات عقلية مـختلفة يسـاعد على التغير فى الجوانب الفكرية ، والسلوكيـة ، والوجدانية على السـواء - فالشـخص الذى يعزف عن الاتصـال الاجتمـاعى ، بسـبب الخجل مـثـلا يمكن أن يشـجع على تعمد الدخول فى مواقف حية كانت تسبب له الارتباك من قبل : مثل مبادرة النقد المتعمد لرأى زميل أو رئيس ، أو تعمد رفع الصوت فى المناقشات ، أو الدخـول الى الامـاكن العـامـة ، كمـحـلات البـيع ، مع المجـادلة مع البـاعـة عن الثمن ونوع البضاعة ... الخ.

ومن الأسـاليب الممكنة للزيادة من الافكار المنطقـيـة الملائمـة للصـحـة النفسية أن نغير من أهمية الاهداف نفسـهـا بالنسبة للشخص. فالشـخص الذى يعـتـقـد أن من الضـرورى أن يظهـر دائمـا بمظهـر قـوة الشـخـصـيـة والسيطرة والتحكم فى الامور قد يدخل نتيجة لهذا فى صراعات اجتماعية مع حاجات الاخرين من الزملاء أو المرؤسين أو شـركاء الحياة الزوجية ، أو

الابناء فى التعبير عن نواتهم، مما يوقعه ويوقع من يتصلون به فى ضروب من الاضطراب فى مثل هذه الحالات فان تنبه الشخص الى أن أهدافه فى اثبات رجولته وقوته غير وقعية وغير معقولة سيساعده على أن يعدل سلوكه الاجتماعى التالى تعديلا ملحوظا . وفى مثل هذه العملية من التصحيح المستمر للاخطاء فى القيم والافكار ينبغى النظر الى ربط أهدافنا بالنتائج المستقبلية القائمة على فهم دوافع الاخرين . فقد يؤدى الظهوربمظهر القوة والسلطة- مثلا - الى نتائج وارضاءات مباشرة من الناس ، الا أن النتائج البعيدة لمثل هذا السلوك قد تكون وخيمة العواقب .

والمعالج الذى يأخذ باتجاه تعديل المسالك الذهنية لايجهل ولا يقلل من شأن استخدام التغير فى البيئة الاجتماعية لاحداث التغير فى الشخصية . فهويعرف أن بعض اخطائنا الفكرية قد يكون مكتسبا نتيجة لاحباطات خارجية أوفشل سابق (التقدم لعدد من الاعمال دون الحصول عليها قد يؤدى الى تشكل أفكار خاطئة عن الذات مثل « اننى انسان فا: ــل » أو « ضئيل الاهمية » ، والفشــل السابق مع أفراد الجنس الاخر قد يؤدى الىأفكارخـاطئـةبأننانفـتـقـدالجـاذبيـة .. الخ) . لهـذا من المهم أن نســتخدم التغيير فى البيئة الاجتماعية اســتخداما كبيرا لاحداث التغير فى الشخصية ، وتعتبر الواجبات المنزلية التى أشرنا لها أنفا طريقة لذلك . اضف الى هذا أن المعالجين قد ينصحوا بتغيير اتجـاهات الاخرين

الذين يعيشون مع الشخص أو يحتكوا بهم. ولهذا فعملية العلاج قد تشمل الشركاء في الحياة الزوجية أو الآباء أو الاخرين أو الجماعة التي يعيش معها . وقد أشرنا سابقا الى أن تغيير طريقة الملبس ، وتغير الوضع الاجتماعي ، تؤدى الى تغيير في توقعات الافراد عنا وبالتالي تغير سلوكنا . ومن الحالات التي أشرنا اليها حالة الفتاة التي كانت تظن أنها باهتة الشخصية ، فلما أخذ مجموعة من الطلاب يعاملونها على أنها شديدة الجاذبية والحيوية استطاعت ان تكون أسلوبا سهلا في التعامل ،، كما استطاعت أن تغير افكارها عن نفسها وأن تتبنى افكارا أكثر ايجابية (٢٤).

ومن الاساليب الاخرى التي يلجأ اليها المعالجون لتغير أفكارنا اللامنطقية عن أنفسنا وعن الاخرين استخدام الكف المتبادل بالشكل الذى أشرنا اليه في الفصل الثالث. فنحن نعرف من خلال هذا المفهوم أن الانسان لايمكن أن يكون قلقا ومطمئنا في وقت واحد أو مبتهجا ومكتئبا في نفس الان . لذلك نستعيض عن استجاباته بالقلق باستجابات من الطمأنينة (الاسترخاء مثلا) عند التعامل مع مصادر التهديد . ويصح هذا أيضا بالنسبة للافكار . فالانسان لايكون منطقيا ولا منطقيا في نفس الوقت ، ولايتبنى فكرة سلبية وايجابية عن نفسه أو عن الاخرين في نفس الان عندما يواجه مشكلة ما . لهذا من الممكن أن يغير الشخص أفكاره الداخلية السلبية عند حدوث موقف معين بأفكار ايجابية. من الممكن مثلا أن يربط أداءه لعمل مابتصور العمل على أنه مصدر للمتعة بدلا من تصوره على انه واجب ثقيل ، وتعتبر هذه الطريقة فعالة في احداث التعديل السلوكى

المطلوب ، فضلا عن أنها تحسن من استخدام البيئة بادراكها - فى مواقف التهديد - على أنها اقل مدعاة للاضطراب والتخوف.

وثمة أسلوب اخر يساعد على احداث تغيرات فكرية وسلوكية ايجابية ، يتمثل فى لعب الادوار.فاذا تأتى لاحد الاشخاص المضطربين أن يعبر أمام مجموعة من الاخرين عن اتجاه أو سلوك مختلف ، فان هذا السلوك سيتحول الى خاصية دائمة فى شخصيته. فالشخص المتسلط ، الذى يدفعه تسلطه الى التصادم مع الاخرين ينجح فى أن يبدل تسلطه بأسلوب قائم على التفهم اذا ما طلب منه أداء دور قائد ديمقراطى ، ان يشاهد نتائج ايجابية ديمقراطية فى شكل حب الاخرين ، أو توددهم له مثلا . ومن رأينا أن التغير الناتج من لعب الادوار يرجع الى التغير فى معرفة الموقف الذى أدى اليه القيام بالدور. وقد تأتى لكاتب هذه السطور عند قيادة احدى جلسات العلاج الجماعى لمجموعة من المرضى الفصاميين أن يلاحظ أن تغيرات حدثت فى اتجاه تقبل المرضى لاطبائهم عندما كان يطلب منهم تمثيل دور الطبيب وتخيل استجاباته فى مواقف مختلفة : كالتعامل مع مريض متهيج يحاول ايقاع الاذى بزميل اخر، أو مريض منسحب يعزف عن الطعام ، أو استجاباته ازاء مشادة بين مريض وأحد العاملين. كما لاحظنا أن التغير الذى يحدث بعد أداء الادوار أفضل من التغير الذى يحدث اثر مناقشة عادية عن ابراز أهمية الطبيب واتجاهاته نحو مرضاه ، مما يدل على أن الشخص عند قيامه بدور معين يطلع على جوانب جديدة من المعرفة يسهل عليه تبنيها بعد ذلك .

ولهذا الاسلوب أهمية أيضا فى جوانب لا تتعلق بالعلاج ، بل تتعلق بالحياة الاجتماعية بشكل عام . اذ كثيرا ما يبدأ الناس فى النظر الى حياتهم بشكل مختلف أثر الدخول فى دور مهنى جديد . فخبرة القيام بدور مهنى تعطى الشخص رؤية جديدة للدور وتدفعه الى تبنى مجموعة من الاتجاهات والتوقعات المطابقة للدور . وقد تبين فى إحدى الدراسات(٢٤) على فريقين من العمال المعينين فى مؤسسات البيع التجارية أن الفريق الذى عين فى وظائف اشرافية تبنى اتجاهات مطابقة لاتجاهات هيئة الادارة أما الاشخاص الذين عينوا كعمال عاديين فقد تبنوا تجاهات معارضة لاتجاهات هيئة الادارة. فالعمل طول اليوم فى وظائف العمال العاديين ، مثله فى ذلك مثل العمل الادارى ، يدفع بالضرورة الى تبنى اتجاهات تطابق توقعاتنا عن الدور . وهذا صحيح أيضا فى حالات السلوك المرضى . فالتشجيع على مواجهة مشكلة بطريقة لعب دور انسان عادى أوناجح ، سيؤدى الى النظر الى أساليبنا اللاتوافقية بشكل مختلف.

وتنشأ فى حالات كثيرة أنواع من الاضطرابات النفسية بسبب ما يسمى بالتنافر المعرفى أى عندما نعتنق فكرتين متنافرتين عن شئ واحد بحيث أن كل فكرة منهما تولد أو تؤدى الى تصرفات متعارضة مع ما تولده الفكرة الاخرى. فالشخص الذى تشده فكرة السفر للخارج لتحسين وضعه الاقتصادى أو للحصول على درجة من التدريب والتعليم فى مجاله ، قد تشده أيضا فكرة الاستقرار فى وطنه والابقاء على وظيفته التى قد يفقدها بسبب هذا السفر. هنا تنشأ حالة من القلق غير السار والاكتئاب الذى ينطوى على أخطار للصحة النفسية. ومن الاشخاص أيضا من يعرف عن نفسه شيئا

(بأنه جذاب أو لبق مثلا) ، ولكنه يعلم أن فكرة الآخرين عنه (بأنه انتهازى أو متسلق) لاتتفق مع فكرته عن نفسه. هنا أيضا يجد الشخص فى هذا التنافر عقبة قد تشله عن الحركة عندما يرغب فى التفاعل بالاخرين. وقد تبين للكاتب أن كثيرا من المبدعين يعانون من تنافرات من هذا النوع هى التى تسبب فيما يبدو جزءا كبيرا مما يعتريهم من حالات القلق والاكتئاب. فقد يعرف المبدع أو المفكر أن عمله يحتاج منه للانطواء والبعد عن الناس والاختلاف ، لكن متطلبات عمله هذه تتنافر مع ما يتطلبه منه المجتمع من ضرورة الخضوع لمعاييره ،والاختلاط والتوافق والاغراق فى عادات اجتماعية تافهة(٢٥) .

ومن الممكن فى مثل هذه الحالات البحث عن طرق متعددة **للتقليل من هذا التنافر** أو آثاره. من هذه الطرق مثلا العمل على تدعيم احدى الفكرتين تدعيما ايجابياً بحيث يزداد وزنها عن الفكرة الاخرى ، كأن يعترف الشخص مثلا بأن عمله قد يؤدى الى بعده عن الناس مؤقتا ولكنه هو مصدره الرئيسى للشعور باحترامه لنفسه والحصول على احترام الاخرين فى النهاية ، وكأن يغير اتجاهه نحو أحد الموضوعين بحيث يضفى عليه قيمة أقل مما هو عليه. ففى حالة تعارض تصورى مع ذاتى عن تصور الاخرين ربما يكون من الافضل للصحة النفسية فى هذه الحالة أن يضع الشخص قيمة أقل لتصورات الاخرين السلبية له فيدركها على انها أقل اهمية وأضعف وزنا ، وبالتالى قد يزداد وزن الفكرة الاخرى وقيمتها وهى فى هذه الحالة فكرة الشخص عن نفسه بأنه على قدر مرتفع من اللباقة .. الخ ومن المهم أن نشير من جديد الى أن كثيرا من جوانب هذا التنافر ينبع أحيانا بسبب

قيم اجتماعية خارجة عنا *. فالمجتمع الذى لا يركز على الابداع كقيمة انســانية مثلا يؤدى مباشرة الى اثارة الشك والقلق لدى الشباب الذين تربطهم بالعمل الفكرى والابداعى بعض الصلات. فى هذه الحالات من الضرورى أن نشير الى أن التخفيف من آثار التوترات المعرفية يحتاج الى جهود العلماء الاجتماعيين بقدر مساو لجهد المعالج السلوكى – حيث يكمن الحل الواضح لمثل هذه الانواع من التنافر فى ضرورة تغير التصورات الاجتماعية العامة عن مشكلات نعتبرها من وجهة النظر النفسية شديدة الاهمية.

خطوات و مراحل التعديل المعرفى

وللقيام بعملية تعديل سلوكى للأساليب الفكرية الخاطئة، انصح بإستخدام الإستمارة المرفقة (شكل ١) والموضحة أيضاً **فى ملحق الفصل** وهى تساعد على تشخيص .. وتحليل الأفكار اللاعقلانية وتتبعها. ولكى يسهل علينا استخدام هذه الاستمارة .. يمكن اتباع المراحل الآتية :

١- حدد أولا فى المربع الأول « أ » الخبرة أو الموقف المباشر- الذى يرتبط حدوثه بالحالة الإنفعالية السيئة التى تشعر بها. مثلا :

* خير مثال على هذا يلاحظه عزت حجازى فى كتابه « الشباب العربى » من أن جزءا كبيرا من مصادر القلق يمكن العودة به الى تعارض القيم الاجتماعية مع الحاجات الشخصية . فمن مصادر قلق الشباب فيما يرى الاعتقاد الذى تدفعهم اليه القيم والممارسة الاجتماعية بأن الحب يتعارض مع القيم وأنه ليس مجرد " عيب " ولكنه من " الجرائم " وبالنظر الى الالحاح الشديد والحاجة الى الحب يعيش الشباب العربى أزمة طاحنة بسبب تعارض القيم الاجتماعية مع حاجاتهم الشخصية (٢٦) .

- رئيسى فى العمل لم يبادلنى تحية الصباح ربما متعمدا
- والداى يرفضان زواجى من شخص أحبه
- رسوب فى الامتحان .. أو فشل فى علاقة عاطفية

٢- سجل الاعتقادات العقلانية لهذا الموقف مثلا : (قد يكون رئيسى مشغولا عن تحيتى .. أو أنه يفعل ذلك كعادته مع الكثيرين .. أو أن سلوكه هذا لا يعجبنى .. الخ) .

٣- ضع تفسيراتك الخاطئة .. واعتقاداتك اللاعقلانية نحو هذا الموقف .. حاول أن تتعقب الفكرة الخاطئة لتحديدها .. ربما من خلال عملية استبطان أو ملاحظة الذات عند مواجهة مثل هذه المواقف .. قد تكون بالنسبة للمثال السابق .

- انه لم يبادلنى التحية .. انه يكرهنى أو أنه غاضب منى .
- ان عدم مبادلته التحية لى يدل على أن شيئا خطيرا يتم ضدى .
- اننى انسان مرفوض ومنبوذ « أو ثقيل » .
- هذا الإنسان الحقير المنحط كيف تسول له نفسه أن يفعل هذا؟
- انسان ما وشى بشىء خطير .... ومن ثم فهو يتجنبنى .

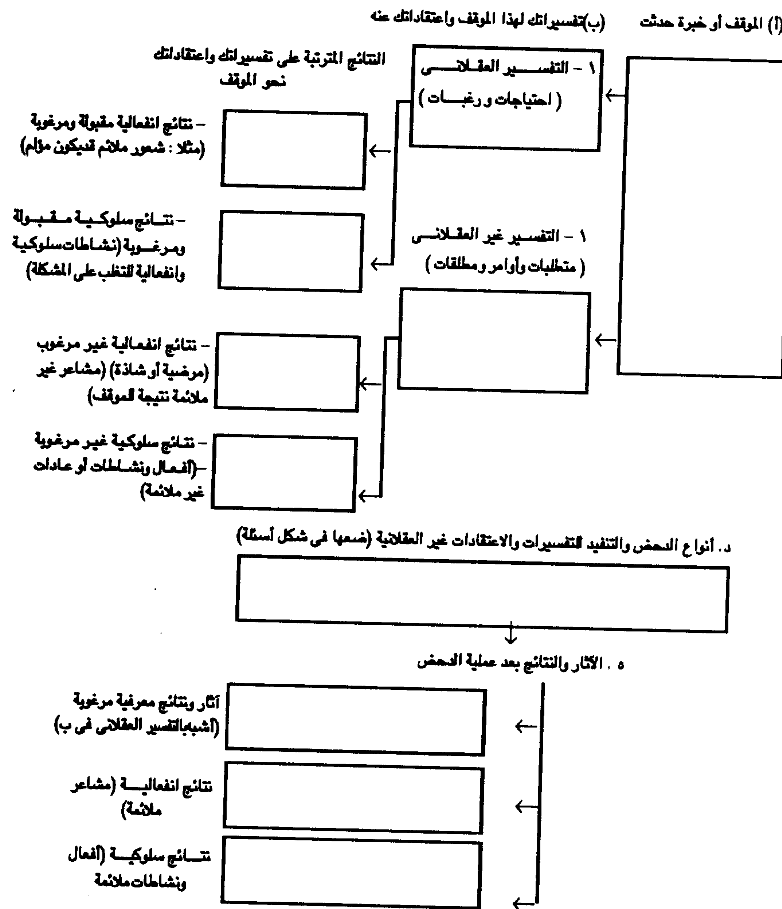
٤- حدد النتائج المترتبة على تلك المعتقدات بشقيها العقلى واللاعقلانى . فقد تتكون نتيجة لتفكيرك العقلانى انفعالات ملائمة سجلها فى

المستطيل الأول من المربع (ج) اننى أشعر بالأسف لهذا التصرف .... أو المحاولة الصادقة لتحسين صورتى وعملى أمام رئيسى ان كنت أعتقد أن تجاهله يتم عن قصد .

أما فى المستطيل الثانى من هذا الجزء، فسجل النتائج السلوكية التى تنتج عن تفسيرك العقلانى ... قد تكون مثلا: تجاهل الموقف إلى أن تستبين بعض الحقائق .. العمل على تحسين عملى وأدائى .... تحسين سبل الاتصال الإجتماعى بالآخرين ... الاسترخاء .

شكل ١

إستمارة للعلاج السلوكى المعرفى



أما في المستطيلين الآخرين من هذا المربع ... فضع النتائج السلوكية والإنفعالية غير المرغوبة التي يمكن أن تحدث نتيجة لتفسيراتك الخاطئة. فقد تكون النتائج الإنفعالية لتفسيرك الخاطىء لسلوك رئيسك هذا الصباح: شعور بالإكتئاب ، والمشغولية طوال اليوم (انني انسان من السهل تجاهله) ، أو الغضب الشديد على الرئيس (هذا الأحمق المغرور ... كيف يجروء على هذا التصرف؟)

أما النتائج السلوكية غير المرغوبة فقد تكون : العدوان أو اظهار الاحتقار للرئيس، أو مخاوف، أو أرق بالليل وتوتر شديد، وتفكير في الاستقالة من العمل .

الآن ... وبعد تحديد الأفكار والمتغيرات الخاطئة وآثارها العصابية على السلوك والانفعال ... يصبح الطريق ممهدا للقيام بعملية دحض وتفنيد للآراء الخاطئة والتفسيرات غير العقلانية بأن نضعها في شكل أسئلة في المستطيل (د). ويهدف الدحض إلى الاطلاع على الجوانب السلبية أو المبالغ فيها في التفكير. وبالتالي يكون الطريق ممهدا لاستبداله بأفكار واقعية ومعقولة تلائم الموقف .

وسنلاحظ أن فحص الأفكار الخاطئة قد ينتهي بنا إلى اعتقادات واقعية عاقلة (المستطيل الأول من هـ) ، فضلا عن نتائج انفعالية وسلوكية معدلة ومعقولة (المربعين الآخرين من الشكل).

ولكى يزداد القارىء ثقة فى استخدام هذا المنهج ... وهذا الشكل نقدم له ثلاثة نماذج لمواقف شائعة ترتبط بمخاوف ومشكلات عصابية متعددة نتيجة للتفسيرات الخاطئة لها وهى :

الشكل ٢ : ويمثل الموقف فيه والدان يعارضان الزواج من شخص يفضله المريض .

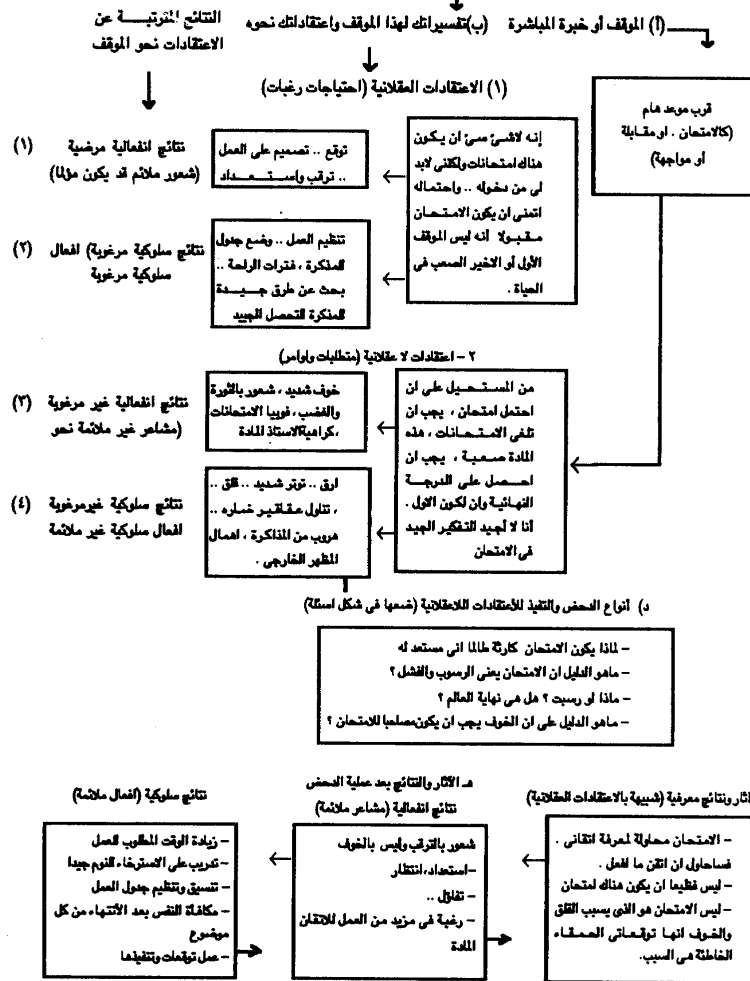
الاستمارة الثالثة شكل ٣ : والموقف فيها يمثل خبرة سيئة وهى الرسوب والفشل .

هناك أشكالا متعددة من الأساليب الجديدة التى تجرب فى الوقت الحاضر بمعهدى العلاج المنطقى فى نيويورك وكاليفورنيا ، وكلا المعهدين يقومان على أساس التعديل من أساليب التفكير (فضلا عن السلوك) فى حالات متعددة من الإضطرابات كالإكتئاب ، والجنسية المثلية ، والضعف الجنسى ، والقلق ، فضلا عن تقديم النصح والإرشاد لنمو "العاديين" فى مواقف مختلفة من الحياة كالقيادة والتدريس والإبداع .

وعلى العموم فإننا نرى أن أساليب تعديل طرق التفكير تنطوى على إمكانيات جيدة ، خاصة إذا ما عرفنا أن المبادىء والقوانين التى تحكم السلوك والشخصية ، والإنسان فى تفاعله الإجتماعى تستخدم بأفق متسع ومتكامل فى هذا النوع من العلاج .

شكل ٢

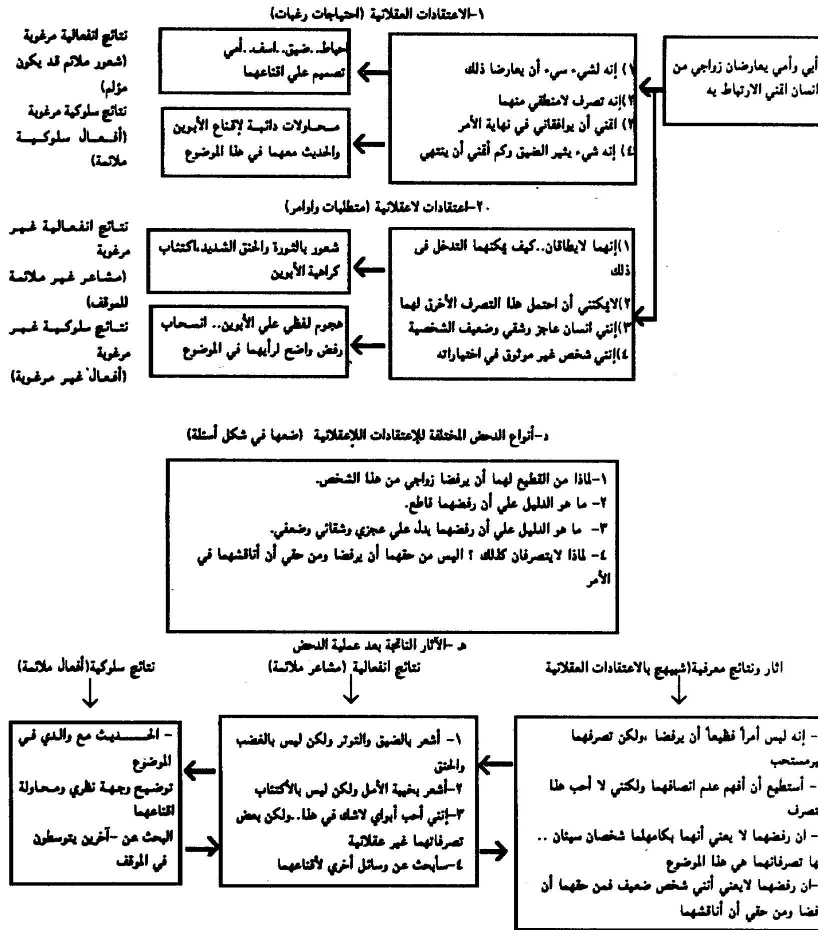
إستمارة للعلاج السلوكى المعرفى



شكل ٣

استمارة العلاج السلوكى المعرفى

أ) الموقف أو الخبرة المباشرة — ب) تفسيرك لهذا الموقف واعتقادك نحوه — ج) النتائج المترتبة عن الاعتقادات نحو الموقف



الخلاصـــــة

يعكف الباحثون فى العلاج النفسى وتعديل السلوك البشرى منذ سنة ١٩٦٥ على دراسات وتجارب مكثفة لبحث آثار المعتقدات الفكرية الخاطئة – التى يتبناها الفرد عن نفسه وعن الآخرين–على اثارة الإضطراب النفسى وسوء التوافق. وتشير هذه البحوث إلى وجود أدلة قوية على أن وراء كل تصرف انفعالى بالغضب أو العدوان ، بالانسحاب أو الاندفاع ... الخ – بناء ونمطا من التصورات والمعتقدات يتبناها الفرد عن الحياة ومشكلاتها، وأن التصرفات الإنفعالية تتغير بتغير هذه التصورات والمعتقدات .

ان أى شكل من أشكال الإضطراب يسبقه تفكير خاطىء فى الموقف، أو فى فاعلية الذات. وقد بينا أن العوامل الفكرية المسببة للإضطراب النفسى تكون أما على : (١) شكل معتقدات ووجهات نظر خاطئة يتبناها الشخص عن نفسه وعن الآخرين فتسبب له التعاسة والهزيمة الذاتية وأشكال الإضطراب الآخرى. وقد عرضنا لعدد من الأفكار التى اذا ما تبنى الشخص احداها أو بعضها، فان سوء توافقه واضطراباته ستكون أشياء مرجحة إلى حد بعيد أو تكون على شكل : (٢) أساليب خاطئة من التفكير فى الأمور كالمبالغة، والتعميم، وجمود التفكير وتصلبه. ويوضح هذا الفصل أهم الطرق المستخدمة لتعديل أنماط التفكير المضطرب، كالدحض المستمر للأفكار الخاطئة، والاستبصار، والدخول فى مواقف حية بتصورات مختلفة وتوقعات معدلة. فضلا عن هذا، فان العمل على احداث تغيرات ايجابية فى البيئة الإجتماعية يساعد على التغير الايجابى فى أفكارنا عن أنفسنا. وهناك أيضا، لعب الأدوار الذى يؤدى إلى تغيير معرفتنا بالتصرفات السوية

وتمكيننا من أدائها ... الخ ... ويطلق على هذا النوع من العلاج فى الوقت الحالى العلاج المعرفى - السلوكى .

ومن المهم هنا أن نشير إلى أنه بالرغم من النجاح الذى تحرزه أساليب العلاج المعرفى فى الوقت الراهن، فان طلاب العلاج والتغيير غالبا ما يأتون بدوافع متباينة ولأسباب مختلفة، لهذا قد تصلح أساليب التعديل الذهنى مع بعضهم بينما تصلح مع البعض الآخر أساليب من التدعيم السلوكى المباشر، أو التدريب على تأكيد الذات ... الخ .

لهذا فثمة هدف رئيسى ينبغى بلورته كهدف عام من أهداف العلاج، وهو أن يختار المريض بنفسه قيمه الخاصة وأن ينمى طرقه الفكرية الملائمة بمجهوداته الذاتية، أو أن يختار المجالات التى تحتاج منه احتياجا ملحا للتغيير. اما كيف يتم ذلك وما هو دور المعالج النفسى فى هذا المجال .. فذلك ما سيوضحه الفصل القادم .

استمارة تحليل ومتابعة علاجية

أ - سجل هنا حادثة أو موقف أو خبرة حصلت لك حديثا وكان من نتيجتها الشعور بالإضطراب والضيق الشديد(مثال الذهاب لمقابلة شخصية للعمل، زيارة ناس، امتحان ، تأنيب لك، شكوى ضدك، مشادة ... الخ) .

....

....

ب - فكرتك أو تصورك المنطقى أو العقلانى لهذا الموقف السابق (مثلا : سأكون سيء الحظ لو رفضت للعمل، من المؤسف أن يشكونى أحد، الامتحانات شر لابد منه ...) .

....

....

جـ - فكرتك أو تصورك غير العقلانى الذى استخدمته لتفسير هذا الموقف (مثلا : مركزى الأدبى سيتحطم لو سمحت لأحد أن يناقشنى فى عملى، كارثة كبرى أن أرفض، سأكون كمًّا مهملا لو فشلت فى شيء ، من واجبى أن أعرف كل شخص بحقيقته ، أريد أن أضمن أن لا يتحدث الناس عنى فى غيبتى، لا أسمح لأحد أن يعلو صوته على) .

....

....

....

....

د- النتيجة التى حدثت إثر تصورك غير العقلانى للموقف .. ركز على الإنفعال والشعور الذى غلب عليك ساعتها ... (مثلا : شعرت أننى ممتلىء غضبا ، شعرت بالخوف والقلق، شعرت أننى مهدم ومكتئب، شعرت أننى مهمل ومنبوذ) ...

....

....

هـ- الدحض الذى قمت به للفكرة غير العقلانية لكى تقلل من تأثيرها عليك (مثلا : أين الدليل على أن تجاهل شخص لى يعنى أننى تافه، ما الدليل أنه لا توجد وسائل أخرى غير الحنق والغضب لحل السخافات الإجتماعية، ما هو الدليل على أن غيبة الناس لنا تعكس عيبا فينا وليست نتيجة عيوب فيهم)

....

....

و- التعديل الذى حدث فى الفكرة غير العقلانية نتيجة للدحض (مثلا : ليست كارثة ولكنها سوء حظ، لا توجد وسيلة واحدة لمواجهة المشاكل، فشلى فى الامتحان لا يعنى أننى ساقط فى كل شىء، المشادات لا تعنى دائما أن كل الناس أشرار .. الخ ...) .

....

....

تابع (استمارة تحليل ومتابعة علاجية)

ز ـ التعديل الذى حدث فى السلوك نتيجة للدحض (مثلا : شعرت باختفاء الخوف ، شعرت بالتعاطف مع الآخرين حاولت أن أعمل مزيداً من الاتصالات لحل المشكلة ، غضبى بدأ يختفى تدريجيا ... الخ)

....

....

ح ـ اذا لم تكن قد حاولت دحض أفكارك غير العقلانية .. فلماذا لا ؟

....

....

ط ـ اذا لم تكن قد عدلت من فكرتك اللامنطقية ... فلماذا لا ؟

....

....

ى ـ الأشياء التى استخدمتها لعقاب نفسك نتيجة لاستمرار السلوك والأفكار غير المرغوبة :

....

....

ك ـ الأشياء التى استخدمتها لمكافأة نفسك نتيجة للانجازات التى حققتها فى العلاج ؟

....

....

ت ـ المعتقدات والإنفعالات والتصرفات التى لازالت تحتاج للعلاج .

معتقدات :

....

....

انفعالات :

....

....

سلوك وتصرفات :

....

....

م – الواجبات المنزلية والنشاطات الخارجية التى ستسخدمها فى الفترة القادمة ؟

....

....

ن – اضافات أخرى وملاحظات ؟

....

....

مراجـــــع وتعليـــــقات

1- Adler, A. (1927) ***The practicce and theory of individual psychology*** .New York : Harcourt.

2- Rokeach, M. (1960) ***The open and closed mind***. New York : Basic Books.

3- Kelly, G.A. (1955) ***The Psychology of Personal constructs***. New York : Norton.

4- Ellis, A.A. (1969) Cognitive approach to behavior therapy. ***International Jornal of Psychiatry***. 8, 896-899.

5- Kanfer, F.H. (1975) Self-management techniques. In F.H. Kanfer and A.D. Goldiamond (eds.) ***Helping people change***. New York : Pergamon.

٦- يعـود الفـضل للطبـيب النفـسى « لُو » Low في استـخدامـه لمبادئ الفلسفـة الرواقـيـة في العـلاج وذلك من خـلال منهـجه في العلاج الذى أطلق عليه منهج تدريب الارادة .

أنظر في ذلك كتابه :

Low. A. A.(1952). ***Mental health through will-training***. Boston : Christopher Publishing House.

٧- أنظر فى ذلك كتاب برتراند راسل :

Russell, B.(1930) ***The Conquestof happiness***. New York : The American Library.

٨ - أنظر : Kanfer, op. cit., 1975 عن جوليان روتر، علم النفس الاكلينيكى،

ترجمة عطية هنا. الكويت : دار القلم ، ١٩٧٦ .

9- Pavlov, I. (1906) : The scientific investigation of the psychical faculties or processes in the higher animals.

Science. 6 , 24, 613-61.

١٠ – كذلك أنظر كتاب "بافلوف" الرئيسى الذى يشير بين الحين والآخر إلى الفروق فى عمليات التعلم وما تؤدى له من فروق فردية فى الشخصيات الإنسانية :

Pavlov, I. (1927): ***Conditioned reflexs***. (Trans. by G. V. Annrep.) London: Oxford Univ. Press,

١١– يعود الفضل للعالم الروسى "بلاتونوف" فى اثبات أن الاستجابات الفسيولوجية عند الاستماع لكلمات مرتبطة بالألم أشبه بالاستجابات الإنفعالية المصاحبة للألم الحقيقى. أنظر تلخيص تجاربه فى :

- Mahoney, M.J.(1974): ***Cognition and behavior*** modification. Cambridge, Mass. : Ballinger, .

12- Dollard J. & Miller, (1950): N.E. ***Personality and psychotherapy***. New York: McGraw, .

١٣– للمزيد من التجارب التى تبين أن الإنفعال يستثار فى اتجاهات مختلفة بحسب ما يقوله أو ما يردده الفرد لنفسه أو ما يفكر فيه أنظر :

- Meichenbaum D.(1973): Cognitive factors in behavior modification : Modifying what clients say to themselves. In Cyril Franks and Gerald Wilson (eds.) ***Annual Review of Behavior Therapy***. New York : Bruner/Mazel.

14 - Bandura, A. (1969): ***Principles of behavior modification***. New York : Holt

١٥- للمزيد عن استخدام تغيير التفكير نحو الاقليات وأثره على تخفيض درجة التعصب أنظر :

- Allport, G. W. (1954): ***The nature of prejudice***. Cambridge, Mass : Addison-Wesley .

١٦- عن دور وارتباط العوامل المعرفية بالقلق والتوتر أنظر لنا :

- عبد الستار ابراهيم، بعض متعلقات الجمود العقائدى . *مجلة الصحة النفسية* ، كلية الطب - جامعة القاهرة، مجلد ١٣ - عدد ٧ العدد السنوى , ١٩٧٣ .

- عبد الستار ابراهيم، *أصالة التفكير : دراسات وبحوث نفسية* - القاهرة : مكتبة الأنجلو ١٩٧٨ .

- Ibrahim, Abdul-Sattar,(1976): Sex differences, originality and personality response styles. *Psychological Reports*. 39, 859-868.

- Ibrahim, Abdul-Sattar, (1977): Dogmatism and related personality factors among Egyptian University students. *J. of Psychology* , 95, 213-215.

- عبد الستار ابراهيم ، المحافظة التسلطية : تقرير عن واقع *البحوث التى أنجزت من ١٩٦٨ ,١٩٧٣ : حوليات كلية الآداب* - جامعة القاهرة، مجلد ٣١ ، ١٩٧٧,

١٧- اعتمدنا فى وضع هذه الصياغة على كتابات « ألبرت أليس » ويلاحظ أن "أليس" يعتبر من أقوى الممثلين لهذا الاتجاه العقلانى فى العلاج

النفسي. وهو صاحب طاقة ونشاط هائلين سواء فيما يتعلق بممارسة العلاج في هذا الاتجاه أو البحث، أو المؤتمرات. ومن العسير وضع ثبت بمؤلفاته لأنها تزيد عن المائة .. غير أن من يود أن يرجع لبعض أفكاره العامة يمكن أن يطلع على المراجع الآتية كعينة :

- Ellis, A.(1962): ***Reason and emotion in Psychotherapy***. New York : Lyle Stuart,

- Ellis, A. & Harper, R.A. (1975): ***A new guide to rational living***. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.

- Ellis, A. (1977): ***Rational - emotive therapy. The Counseling*** **Psychologist**, 7, 1, 2, 27.

١٨- أنظر مراجع « أليس » السابقة.

١٩- أنظر Ellis, op. cit., 1977

٢٠- فؤاد زكريا، **التفكير العلمي** ، الكويت : عالم المعرفة ١٩٧٨ .

21- Beck, A. T.(1967): ***Depression : Causes and treatment***. Philadelphia : University of Pennsylvania Press.

٢٢- المرجع السابق .

23 - Beck, A. T. (1974): ***Coping with depression***. Institute fo Relational Living,

٢٤- ميشيل آرجايل، *علم النفس ومشكلات الحياة الإجتماعية*، ترجمة عبد الستار ابراهيم ، الكويت : دار القلم - الطبعة الثانية ، ١٩٨٧ .

٢٥- أنظر شرحا لنظرية التنافر بين معرفتين وما يثيره هذا من اضطراب على الشخصية فى المرجعين الآتين :

- طلعت منصور، *التعلم الذاتى* - القاهرة الأنجلو ، ١٩٧٧.

- عبد الستار ابراهيم، *أصالة التفكير : دراسات وبحوث نفسية*، القاهرة : الأنجلو المصرية ، ١٩٧٨ .

٢٦- عزت حجازى ، *الشباب العربى والمشكلات التى يواجهها* ، الكويت :عالم المعرفة ، يونيه ، ١٩٧٨ .

27 - Ellis, A. (1991) . ***The Revised ABC's Rational emotive Therapy***. J. ***Of Rational - Emotive*** **and** ***Cagnitive - Behavior Therapy***, q, (3) 139 -172

28 - Zarb, J.M. (1992). ***Cagnitive - behavioral assessment and Therapy***. New Yark : Bruner / Mazel .

29 - Baucom, D. & Epstein, N. (1990) ***Cognitive - behavioral marital therapy***. New York : Bruner / Mazel .

30 - Maser, J.D. & Clonniger, C.R. (1989) . ***Co- morbidity in anxiety amd mood disordes*** . Washington, D.C. : American Psychiatric Piess .

31 - Beck, A.T.& Freeman, A .(1990) .***Cognitive - Therapy Of***

personality disorder . New York : The Guilford Press.

32 - Dimattia, D. (1993) .RET in the warkplace . ***Journal of Rational - Emotive & Cognitive - Behavior Therapy*** . 11 (1), 3 - 70

33 - Lang, A., & Grieger, R. (1993). Integrating RET into management consuiting and training . ***Journal of Rational - Emotive & Cagnitive Therapy***, 11 (1) 51 - 57

34 - Kirby, P. (1993). RET Counseling : Applications in Management aud Excecutive Development . ***Journal*** **Of Rational - Emative & Cognitive - Behavior Therapy** .11 (1), 7 -19

الفصل التاسع

علاج دون معالج

الاساليب الحديثة فى العلاج الذاتى

تمهيـــــد :

أشرنا فى فصل سابق الى أن أحساس المعالجين السلوكيين بحاجة الناس لطرق سريعة وفعالة لمساعدتهم على تنمية قواهم الذاتية ، وتعديل أنماط وأساليب التكيف السيئة لديهم التى تعلموها من خلال عمليات تشريط اجتماعى سئ ، جعلتهم(أى المعالجين) يفكرون فى ابتكار طرق سريعة وفعالة يمكن للمريض أن يمارسها بنفسه دون حاجة للالتجاء المستمر للمعالج الا فى حالات وأوقات قليلة .

وتناقش هذه الاساليب أحيانا على أنها طرق للعلاج الذاتى ، واحيانا أخرى توجيه ذاتى ، واحيانا ثالثة على انها أساليب للضبط الذاتى . غير انها تنفق جميعا- بالرغم من اختلاف المسميات - فى انها تستهدى بقوانين علم النفس ونظرياته والمعرفة النفسية بشكل عام فى تطبيق مبادئ العلاج ذاتها . بعبارة اخرى فما قاله سقراط من قبل « اعرف نفسك » يتحول هنا ليصبح « عالج نفسك » ـ مستهديا بقوانين المعرفة العلمية .

ولفترة قريبة ، لم تكن اساليب الضبط الذاتى موضوعا لتفكير المعالجين النفسيين على الاطلاق . ويبدو أن تأخر ظهور هذا المنهج الى مسرح العلاج النفسى السلوكى ، انما يعود الى حد كبير الى سيطرة

المنهج الطبى العضوى على حركة العلاج النفسى . فالعلاج النفسى . فيما أشرنا فى مواقع متفرقة كان من حيث الممارســة مقتصرا على الاطبـاء ، ولا يزال الامر كذلك فى كثير من الدول. والطبيب فيما نعلم يتبنى وجهة نظر عضـوية فى عـلاقتـه بمريضـه : فـالطبيب هو صـاحب السلطة الرئيسـيـة فى تشـخيص المريض ، ووصـفـة للدواء والعلاج ، ومـا على المريض الا أن ينفـذ التعليمات ويتعاطى الدواء ان كان يريد العلاج.

هذا الفـهم لطبيـعـة العلاقـة بين المريض والطبيب انعكست آثاره على العـلاج النفـسى كمـا مـثله فـرويد. فـالتـحليل النفـسى أيضـا يقـوم على نفس النمــوذج ، المريض والمعــالج : المريض السلبى والمعــالج الايجــابى ، الذى يفسر ويوجه . وفى هذا السياق قام البورت Allport – من هـارفـارد اذ ذاك – فى سنة ١٩٦٠ بتحليل للبحوث الرئيسية فى علم النفس وأساليب العلاج النفسى فوجد أن نسبة كبيرة من تصورات العلماء للانسان كانت تراه – أى الانسـان على أنه يخـضـع بشـكل سلبى لقـوى خـارجة عن ارادته، تمامـا كمـا تفعل القطط والارانب فى تجارب المختبرات .

وقـد شـهـدت الحـقـبـة الاخـيـرة من النمـو فى علم النفـسى وأسـاليب العلاج النفسى ، ما يشبه مراجعة النفس فيما يتعلق بحقيقة مواقفهم من مـفــاهيم تعـوق خطى نموهـم . فـبـدأنا نشـهـد رفـضـا للتـصـورات السلبـيـة للانسـان ، وبدأ التـاكـيد على أن هناك حـاجات فى داخل كل شـخص تدفـعـة الى الارتقاء وتحقيق الذات والتغيير من خصال شخصيته بأفعال مقصودة.

والحقيقة أن ذلك الاتجاه قدد بدأ بجهد طائفة من المعالجين النفسيين الذين يعرفون فى الوقت الحالى بأسم طائفة علماء النفس الانسانى Human psychologists عندما أخذوا يعيدون تفسير نظريات العلاج النفسى بالتأكيد

على قدرة الانسان على توجيه نفسه ذاتها من خلال قدرته على التعلم الذاتى وتوظيفه لقدراته وامكاناته (١) . ويعتبر كارل روجرز Carl Rogers من طائفة المعـالجين الانسـانين ، وممن حـاولوا الاسـتناد الى مـعطيـات علم النفس الحديث بوضع نظريـة رئيسيـة فى العلاج النفسـى تقوم علـى التوجيـه الذاتى ، والممارسة الشخصية لتغير السلوك. وتعتبر نظريته أيضا من أوائل النظريات التى قلبت العلاقـة التقليديـة بين المريض والمعالـج ، فجعلتـهـا تنصب علـى المريـض (أو العميل)* ، بحـيث يكون المريض هـو صـاحب الدور الاسـاسى والفـعـال فى عمليـة العلاج وتغـييـر الشـخصيـة ، ونمو هذا التـغـيـيـر. بل ان « روجـرز » يرى أن دور المعـالج النفـسى لا يزيد عن خلق شروط علاجية غير مباشرة ، وغير موجهة ، من شأنها أن تسير فهم الذات. والنضـوج النفـسى السليم. وأكـد « روجـرز » أن نمو قـدرات الانسـان الابداعية ، وقدرته على تنمية ذاته وتوجيهها فضلا عن قدراته على الاختيار وحل المشكلات ، أمور ليست ممكنة نظريا وعمليا فحسب ، بل أنها جزء من قـوانين الطبـيـعـة ، وهـدف يجب أن يعلو كل الاهداف فى العـلاج النفـسى الناجح (٢).

وقد أعطت حركة علماء النفس الانسانى وتصورها للانسان – أعطت دفعة قوية للعلاج السلوكى الحديث فى اتجاه فهم عمليات الضبط أو التوجيه الذاتى من خلال مفاهيم نظرية التعلم ذاتها ، التى كانت فى شكلها التقليدى ترفض مثل هذه المفاهيم من قبل لعدم اتساقها مع منطق النظرية السلوكية القائم على تصـور السـلوك كمحصلة للشـروط البيئـة الخارجية

* تمشيا مع نظرة الانسانية لايستخدم " كارل روجرز " كلمة مريض بل يفضل بدلا منها كلمة عميل Client .

بالشكل الذى وجدناه بها عند « بافلوف » و« سكينر » ولعل هذا ما يعبر عنه « باندورا » Bandura رئيس جمعية علم النفس الامريكية السابق – بوضوح فى هذه العبارة :

« تمر النظرية السلوكية فى الوقت الحالى بتغيرات حاسمة. فمنذ سنوات اقتصر تصور علماء النفس السلوكى للانسان على أنه كائن يستجيب أساسا للتغيرات البيئية التى تشكل آليا افعاله وتحكمها. لكن نظرة متفحصة للانسان تبين أنه أكثر فاعلية وان تاثير البيئة لن تتم بشكل آلى. فالتغيرات التى كان من المعتقد أنها تؤثر في السلوك بشكل آلي ، يكون تاثيرها في الحقيقة محدودا ما لم يدعمها وعي الانسان بها :

ان السلوك يخلق – جزئيا – البيئة* بمقدار ما تؤثر البيئة في ظهور وابراز السلوك. ولهذا فمن المهم أن نحلل كيفية تشكيل الانسان للشروط البيئية التي تحكمه ، بنفس القدر من الاهتمام الذي نوليه لدور البيئة والشروط المختلفة التي تحكم ظهور سلوك معين .

ان من أهم الخصائص التي تميز الانسان انه يستطيع خلق تاثيرات في ذاته نابعة من ذاته ومن توجيهه الذاتي لسلوكه. ومن خلال دوره كمؤثر وموضوع للتاثير في نفس الوقت يمتلك الانسان قوة رئيسية في توجيه ذاته (٣) .

---

* يشير بهذا الى أن تاثير البيئة الواحدة على شخصين يختلف باختلاف الطريقة التى يدرك كل منهما بها بيئته وعالمه بالطريقة التى أشرنا لها فى الفصل السابق عن تعديل أساليب التفكير .

لعل مغزي عبارة "باندورا" واضح للقاريء : ان حياة الانسان تتوجه ذاتيا وبأغراض ، دون أن ينفى ذلك وجود قوانين سببية تضعها البيئة بشروطها الخاصة ودون تعارض بينهما .

وعلى هذا فهدف هذا الفصل اذن هو تبسيط لبعض الاساليب أو التكنيكات التى ابتكرها المعالجون لمساعدة مرضاهم على تطوير ذواتهم ، ومواجهتهم لما يثور من مشكلات . ولكن علينا أولا ان نعرض للاساس النظرى لهذه الاساليب كما تتبناه مدارس العلاج السلوكى الحديثة .

الرأى السلوكى الحديث فى مفهوم العلاج الذاتى :

لنفرض أن شخصا حاول جاهدا الاقلاع عن تدخين السجائر فانتهت محاولاته للفشل .. فكيف نفسر ذلك ؟

من التفسيرات المبكرة لذلك القول بأن هذا الشخص ليست لديه الارادة الكافية للاقلاع عن التدخين . هذا ما يمكن أن يثور لاول وهلة . لكن لنفرض أننا تساءلنا : وما هو الدليل على ضعف ارادته ؟ . حسنا ! الم يحاول أن يتبع خطة معينة لإيقاف التدخين ففشل ؟ من الواضح اذن أننا بهذا التفسير لم نفعل شيئا الا التحرك فى دائرة لاتنتهى بنا الى حقائق نافعة . فنحن نفسر فشلة بوجود ارادة ضعيفة ونستدل على ضعف ارادته بفشله فى الإنقطاع عن التدخين .

والحقيقة أن هذا ما يؤخذ على التفسيرات القديمة المختلفة كالغريزة ، وقوة الارادة ، وقوى التطور النفسى .. الخ . أنها لاتضيف شيئا لمعرفتنا ، وتنطوى على خطأ منطقى كبير فى الاستنتاج فنحن نفسر الشئ بشئ اخر يفسر نفس الشئ الاول : « الفشل فى التدخين السجائر راجع لضعف

الارادة وضعف الارادة راجع للفشل فى التدخين السجائر .. الخ » .

وهناك خطران يمكن أن تؤدى اليهما مثل هذه التفسيرات الدائرية . فمن ناحية لاتنتهى بنا لاسباب واضحة تساعد على تقدم المعرفة العلمية ، ومن ناحية أخرى قد يؤدى التفسير بقوة الارادة أو ضعفها على المستوى العلاجي الى فقدان حماس المريض وبالتالى فشل العلاج. فنحن عندما نبين له أن فشله راجع الى ضعف الارادة ، فقد يقتنع بأن فشلة يرجع لامر ليس بامكانه أن يغيره. فلم المحاولة ؟

ولعلى لاأبالغ ان قلت بأن كثيرا من فشل الناس - الذين ألتقى بهم بين الحين والاخر- فى تعديل سلوكهم وتوجيهه فى مسار سليم انما يرجع الى أنهم يضعون أنفسهم فى اسر تفسيرات من هذا القبيل ، ويفسرون أخطاءهم مرة بطريقة قدرية ، ومرة بقوى لا تخضع لضبطهم ، ومرة بوجود غريزة من هذا النوع أو ذاك ، الى غير ذلك من التفسيرات التى تدفع دفعا قويا للتقاعس واليأس وتقبل الاخطاء والعجز.

هل هناك تفسير أخر اذن يمكن أن يكون أكثر ايجابية ؟ أجل وهو التفسير الذى تتبناه البحوث الحديثة. فمن وجهة نظر علماء السلوك المحدثين نجد أن عجز الشخص عن الاقلاع عن التدخين فى المثال السابق انما يرجع الى عدم معرفته بالشروط الملائمة للاقلاع عن التدخين ، وبالتالى فانه لم يضع نفسه فى الشروط أو فى المواقف الاجتماعية أو النفسية الملائمة التى يمكن أن تحول قراره الى التنفيذ العملى. بعبارة أخرى ، فان قدرة الشخص على التعديل الذاتى لافعاله وأنماطه السلوكية تعتبر نتاجا لمعرفته بالشروط المحيطة به وقدرته على تغيرها . وبهذا تزداد مهارة

الشخص فى تعديل سلوكه ، وتوجيه ذاته الوجهات التى يرغبها كلما أزدادت قدرته على معرفة الشروط الملائمة والحوادث السابقة لظهور السلوك والمدعمات التى يؤدى لها هذا السلوك. وبهذا المعنى لاتزيد قدرة الشخص على التعديل من سلوكه ذاتيا عن كونها ببساطة : « **اعرف المتغيرات والشروط التى تحكم افعالك ، وضع نفسك فيها** » .

لهذا فان النجاح فى تقوية جانب مرغوب من الشخصية أو تعديل جانب سئ منها يجب أن يتم فهمها فهما واضحا للعوامل المؤثرة فى السلوك مع التحكم فيها بطريقة تؤدى الى التغيير المطلوب. ولعل هذا ما دفع « سكينر » الى استنتاج أن محددات الضبط الذاتى ونجاحه جزء من محددات الضبط السلوكى بشكل عام :

« الانسان قد يضبط سلوك انسان اخر باعداد شروط ملائمة لهذا الضبط*. وبالمثل يمكنه أن يضبط سلوكه الذاتى بأن يضع نفسه فى شروط ملائمة تساعده على هذا الضبط. وعلى هذا فان الضبط الذاتى يتحدد من خلال خلق شروط تدعيمية مماثلة للشروط التدعيمية التى تطور بها أى سلوك اخر » (٤).

ومن ناحية ثانية ، يتفق المعالجون السلوكيون على آن أساليب الضبط الذاتى تكتسب من خلال عمليات تعلم اجتماعى ومهارة الشخص فى أن يضع نفسه فى شروط بيئية وبيولوجية قادرة على احداث التغيرات المطلوبة

---

* الانسان يضبط سلوك انسان اخر من خلال خلق شروط ملائمة تساعده على احكام قبضته مثل العقاب والترغيب ، وخلق احتياجات فى الشخص الذى نرغب فى التحكم فيه، أو تدعيم استجابات الخضوع .

أو التحكم فى البيئة الاجتماعية والبيولوجية بحيث تتحول الى الصورة المطلوبة من حيث احداث التغير الإيجابى المرغوب .

نماذج من أساليب الضبط الذاتى

هدفنا الاساسى هنا - اذن - هو أن نبين أن عملية التغير العلاجى من خلال التوجه الذاتى أمر لايمكن فصله عن الظروف البيولوجية والاجتماعية والمعرفية التى سبق وأن أفضنا فيها فى الفصول السابقة. كل ما هنالك أن خلق أو تغيير الظروف أو الشروط الضرورية لاحداث العلاج يتم من خلال قدرة الفرد على ممارسة التغيير بنفسه ، وبتوجيه من معالجه.

ولهذا نجد أن كثيرا من الاساليب العلاجية الى عرضنا لها فى الفصول السابقة يمكن ان تستخدم مع بعض التحوير بحيث يمكن للفرد أن يمارسها بجهده الشخصى ، موجها عمليات العلاج بنفسه.

وينصب جزء كبير من نشاط المعالجين السلوكين على تحوير تلك الاساليب بحيث تصبح قابلة للممارسة الذاتية. وهكذا نجد أن التطورات المعاصرة فى العلاج الذاتى تنطلق تقريبا من نفس مفاهيم تعديل الجوانب الوجدانية ، والمعرفية، والسلوك ، والاجتماعية بالشكل الذى استوعبته الفصول السابقة. وسنعرض فى الأجزاء الباقية من هذا الفصل نماذج من التحويرات التى تمت أويمكن أن تتم فى هذه الاساليب بحيث يمكن استخدامها ذاتيا.

١- *التعديل الذاتى للجوانب الانفعالية من الاضطراب :*

تعرضنا لاساليب العلاج السلوكى القائمة على مبدأ الكف المتبادل كالاسترخاء ، والتطمين المتدرج وتأكيد الثقة بالنفس. ويمدنا المعالجون

المعاصرون بعديد من الاقتراحات عن كيفية تحسين هذه الطرق بحيث يصلح استخدامها ذاتها.

فالاسترخاء، مثلا يمكن استخدامه خارج عيادة المعالج وفي المواقف التي تستثير التوتر. ويتوقف على المعالج بعد أن يدرب مريضه على الاسترخاء المنظم أن يوضح له أن هذا الاسلوب يستمد نفعه الاساسي اذا ما أستخدمه المريض في المستقبل عندما تواجهه مشكلات مماثلة لتلك المشكلات التي دفعته لطلب العلاج، خاصه اذا ما كا طالب العلاج من النوع الذي يشمله الاضطراب والانفعال والقلق في مواقف متعددة ليلا أو نهارا.

وقد رأينا نموذجا لذلك حالة الشاب الذي عالجه " سالتر" في الفصل الخامس. وتبين ملاحظات المعالجين السلوكيين في هذا الصدد أن قدرة الفرد على ممارسة الاسترخاء في المواقف التي تعتبر بالنسبة له موضوعا لاثارة القلق والتوتر (كالحديث مثلا أمام مجموعة من الاشخاص)، ستساعد على مواجهة جوانب الاحباط التي قد تحدث بطريقة أكثر ايجابية. بعبارة أخرى، فان السلوك (الاسترخاء) سيغير من طريقة ادراك البيئة فيحولها الى عنصر أقل تهديدا.

ويقترح كاوتلا Cautela وهو من مشاهير العلاج السلوكي الحديث ورئيس جمعية العلاج السلوكي سابقا – طريقة تساعد على حل التوترات التي تنشأ في جو العمل لدى مرضاه، فقد كان يقترح على طلاب العلاج – خاصة اذا كان مصدر الاضطراب لديهم هو التوتر والصراع الذي يستثيره جو العمل – أن يجلس الشخص مسترخيا على مكتبه في العمل وأن يهتف بصوت عال أثناء ذلك بكلمة " استرخ " لمدة ١٠ مرات. وكان يؤكد على

مرضاه اتباع هذا الاسلوب مهما بدا له بسيطا أو مستهجنا . فاذا اتبع المريض التعليمات كان يطلب منه بعد ذلك أن يسترخى فى وضع واقف ، وأن يمارس الاسترخاء فى المنزل مرة يوميا على الاقل فى كلا الوضعين (الجالس والواقف) .

وفى كل مرة يطلب منه أن يقول لنفسه « استرخ » بصوت عال لعشر مرات فى هذين الوضعين ، الى أن تحدث رابطة بين كلمة التنبيه (استرخ) والاستجابة (اختفاء التوتر والاسترخاء) . وبعد أن يتبين للمعالج أن المريض يستطيع الاسترخاء بنجاح فى كلا الوضعين ، يؤكد له بعد ذلك ضرورة استخدام هذا الاسلوب فى كل مواقف القلق بعد ذلك (٥) .

ومن الطريف أن « كاوتلا » قد أجرى عددا من الدراسات التتبعية على الاشخاص الذين يستخدمون هذا الاسلوب بناء على توجيهه لهم ، فتبين أنهم يتحمسون لهذا الاجراء ويحسون بفاعليته . كذلك تبين أن تدعيم الرابطة بين كلمة « استرخ » ووضع الاسترخاء يساعد على ممارسة الاسترخاء والتمكن منه بطريقة سريعة حالما يهتف الشخص لنفسه فى موقف التوتر بكلمة « استرخ » .

كذلك يستخدم أسلوب التطمين المتدرج كأسلوب من أساليب العلاج الذاتى فى مواجهة المخاوف المرضية ، ويكون ذلك بأن يقوم الفرد بتخيل المنبهات المثيرة للقلق بعد تدريجها وهو فى حالة من الاسترخاء.

وفى الولايات المتحدة تدرج المنبهات المثيرة للقلق كالخوف من الثعابين أو الظلام ، أو الامتحانات أو الحديث أمام الناس وتسجل على اشرطة تسجيل « كاسيت » وتباع للمرضى أو للاشخاص الذين يرغبون فى التخلص من أعراض الخوف والقلق فى تلك المواقف وغيرها .. ويمكن أن

يقوم بتشغيلها وهو فى وضع الاسترخاء الى أن يتم له تحييد تلك المصادر من شحناتها الانفعالية الشديدة. وتبين بعض التجارب أن النجاح فى التخلص من الخوف من الثعابين مثلا بهذه الطريقة (الاستماع لاشرطة التسجيل فى المنزل بوضع الاسترخاء) ، يتساوى فى تأثيره مع العلاج بطريقة التعرض للمنبهات الدافعة للخوف مباشرة أو مع المعالج ، مما يدل على الامكانات الجيدة التى يمكن ان تتطور لها أساليب العلاج الذاتى.

غير أن هناك بعض المشكلات التى تثور نتيجة لاستخدام أشرطة التسجيل فى عملية التطمين المتدرج. فمن ناحية لايزال هذا الاسلوب فى بداياته الاولى. ومن ناحية أخرى يثير التسجيل مسألة تتعلق بالتفاوت فى تقدير المدرجات المثيرة للقلق. فقد يثير مدرج معين كتخيل ثعبان مرسوم على بطاقة بيضاء درجة أكبر من القلق لدى شخص دون شخص اخر. فضلا عن هذا لايوجد اتفاق مطلق بين المرضى على المنبهات التى تستثير لديهم تلك المخاوف. فالخوف من مجابهة الاخرين بحديث أو خطبة – على سبيل المثال – قد يكون مصدره عند أحد الاشخاص هو حجم الجماعة ، بينما يكون مصدره عند شخص اخر هو سلطة الافراد الذين تتكون منهم هذه الجماعة. وقد ناقشنا هذه القضايا من قبل.

ولهذا فمن رأينا أن يتم تدريج المواقف المثيرة للقلق لكل شخص على حدة ، ومن خلال اقتراحات الفرد نفسه وبتوجيه المعالج ، ثم يمكن أن تسجل لكى تمارس ذاتيا بعد ذلك. فهذا أفضل من الحصول على « كاسيتات » معدة فى ظروف مختلفة ولأناس مختلفين.

أما أسلوب تأكيد الذات فهو بطبيعته أسلوب من أساليب الضبط الذاتى. أى انه لايكتسب فاعليته الا من خلال ممارسة الفرد نفسه لهذا

الاسلوب ووضعه موضع التنفيذ العملى. صحيح أن المعالج قد يعلم مريضه بعض أساليب تأكيد الذات فى داخل العيادة أو مختبر العلاج السلوكى بطريق تمثيل الادوار مثلا ، الا أن نجاح أسلوب تأكيد الذات لايتم الا اذا حاول الفرد نفسه تعميم الاستجابات التى طورها مع معالجه الى مواقف اجتماعية جديدة (كالاسرة أو العمل) ومع أناس اخرين (كالرؤساء والزملاء.. الخ) ، أى ان يمارس تأكيد الذات متعمدا كلما شعر بأن غبنا أو ظلما قد وقع عليه من الاخرين. بل ان كثيرا من المعالجين مثل « كاوتلا » (٦) ، يرون أن التدريب المعملى من خلال توجيهات المعالج بطريقة تمثيل الادوار يجب أن يكون لاحقا وليس سابقا لاستخدام أساليب التأكيد الذاتى ذاتيا ، خاصة عندما يفشل الفرد فى الممارسة الذاتية لتأكيد الذات.

٢- العلاج الذاتى من خلال ملاحظة الذات :

منذ أن ابتكر فرويد نظرية التحليل النفسى أصبحت مفاهيم الاستبصار والوعى والشعور من أهم الاسس التى تتضمنها أى نظرية للعلاج النفسى. ولعل « فرويد » هو أول من أكد أن وعى الفرد بالحوادث التاريخية الانفعالية التى يمربها يؤد الى تغييرات مباشرة فى سلوكه. كذلك أكد « كارل روجرز » دور الوعى فى فهم الفرد لذاته وتقبله لها. ولكننا رأينا أن معالجة « فرويد » لهذا المفهوم لم يؤدى الى نتائج علاجية ناجحة ذات شأن بسبب ربطه لعملية الاستبصار بخبرات طفلية قديمة. فالاستبصار عند « فرويد » يشير الى قدرة الشخص – من خلال المحلل النفسى – على الوعى بتشكيل شخصيته فى السنوات المبكرة من العمر.

ويستخدم المعالجون المعاصرون الوعى والاستبصار فى العلاج لكن بطريقة اخرى. فنقول بأن الشخص على استبصار بمشكلاته عندما يكون

مدركا إدراكا دقيقا للشروط السابقة لظهور المشكلة والنتائج أو الاستجابات البيئية التى يثيرها ظهور هذه المشكلة. لهذا يجب على المريض وعلى المعالج كليهما أن يقوما بجمع المعلومات الدقيقة السابقة لظهور المرض ، وذلك قبل الدخول فى أى برنامج للتعديل أو العلاج السلوكى. وعندما يشترك المريض بتوجيه المعالج فى حصر المعلومات التى أدت لظهور اضطراباته ، وأنواع التدعيم التى أدى لها ذلك، فانه يقوم بعملية ملاحظة للذات ، وهى مرحلة ضرورية من مراحل العلاج السلوكى بشكل عام.

لكن ملاحظة الذات أو الكشف عن الذات لا تعتبر طريقة لجمع وحصر المعلومات الضرورية عن تكون الاعراض ، بل قد تؤدى -بمفردها- الى بعض التغيرات السلوكية العلاجية. بمعنى أن الفرد عندما يلاحظ سلوكه أو يحاول أن يجمع المعلومات التى أدت لظهور افعاله غير المرغوبة ، فان هذه المعرفة - مجرد المعرفة - قد تؤدى الى تأثيرات مباشرة فى الافعال أو السلوك الذى يلاحظه الفرد (٧).

وللمزيد من التفاصيل والايضاح لنرى ما يحدث أثناء ملاحظة الذات : ان الفرد عندما يحاول القيام بجمع المعلومات التى أدت الى أنماطه السلوكية التى يرغب فى تعديلها ، انما يقوم فى الحقيقة بعملية انتقاء أو « غربلة » للشروط أو الاسباب الهامة - فى نظره - التى أدت الى تكون الاعراض المريضة فهو يبعد بعض الشروط الهامشية على بعض الشروط التى يرى أها أساسية من حيث تأثيرها على ظهور المرض أو استمراره. وهذه « الموازنة » بين الشروط المختلفة تعتبر فى حد ذاتها ذات وظيفة ايجابية لانها ستضع اصبع الشخص مباشرة على الشروط المطلوب تعديلها أوضبطها لتحقيق التغير. وستمنحه - فضلا عن ذلك وعيا

واستبصارا جديدين بمواقف الحياة المؤثرة. فمن الطبيعى أنه سيحاول بعد أن عرف الشروط الرئيسية أن يتجنبها ، أو أن يخلق شروطا أخرى معارضة للشروط السيئة الاصلية ، الى غير ذلك من تصرفات مستقبلية .وتتطلب ملاحظة الذات بالشكل العلمى أن يسجل الفرد فى كراسة خاصة الاستجابات أو أنماط السلوك المرضى عندما يلاحظه مباشرة. فهو يسجل مثلا عدد المرات التى يشعر فيها بالرغبة فى تدخين سيجارة ، أو تعاطى بعض الخمر، أو الرغبة فى السب والعداوة أو عدد المرات التى تتملكه فيها الافكار الحوازية أو عدد الهلاوس السمعية التى يسمعها .. الخ . ومثل هذا التسجيل يعوق ظهور السلوك غير المرغوب. وعلى سبيل المثال تبين فى احدى الدراسات أن مجرد قيام الشخص بتسجيل عدد المرات التى يشعر فيها برغبة قوية فى تدخين سيجارة ، يؤدى مباشرة الى اعاقة التدخين. ولهذا نلاحظ فى مستشفيات الطب النفسى وعيادات العلاج النفسى فى الولايات المتحدة أنهم يستخدمون هذا الاسلوب فى العلاج من الادمان على الخمر ، والكحوليات ، وغيرها من الافعال القهرية .. بأن يكون لكل مريض كراسة يسجل فيها ما يفعلة أزاء هذه المشكلة يوميا .

ولان ملاحظة الذات تتطلب قدرة على التحكم فى التغيرات السلوكية التى تطرأ على الشخص ، فان هذا التحكم – فى اعتقادنا– يؤدى الى خلق تغيرات آلية فى البيئة المحيطة بطريقة تجعلها تخلق تدعيمات اضافية فى الاتجاه المرغوب.

تصور – على سبيل المثال – أننا طلبنا من شخص يفتقر الى تأكيد الذات فى المواقف التى تتطلب منه المعارضة أو الدفاع عن النفس ، أو الاحتجاج على ظلم معين. فطلبنا منه كخطوة اولى من خطوات العلاج أن

يسجل مباشرة عدد المرات التى قال فيها « نعم » أو « أوافق » على أمر أو حكم معين صادر له من زميل اورئيس ، وعدد المرات التى قال فيها « لا » أو « أرفض » هذه الاوامر أو الاحكام غير المقبولة. ان مجرد قيامه بتسجيل ذلك فى المواقف الحيه يخلق- فى تصورنا - نوعا من التعديل فى استجابات البيئة المحيطة به (الاهتمام والتساؤل عما يفعل .. الخ) ومثل هذا التعديل أو الاهتمام الذى يظهر على الاخرين قد يتحول الى قوة أخرى تساعد الشخص على التغير الايجابى .

ويكتشف الشخص من خلال ملاحظاته الذاتية أنه استطاع أن يتوصل للشروط الرئيسية التى تساهم فى تشكيل جوانب سلوكيه وشخصيه . وعندما يحاول مستقبلا أن يتجنب الشروط السيئة ، أو يخلق شروطا جيدة ، وعندما يكشف أنه نجح فى تحقيق بعض الاهداف : أى أن هناك اهدافا اخرى تبلورت وشروطا أمكن التغلب عليها ، وشروطا أخرى يجب التغلب عليها .. الخ فان مثل هذا التغير سيكون بمثابة التدعيم الذاتى لممارسة تعديلات اضافية أخرى .. **فالنجاح فيما أشرنا يخلق نجاحا أخر ، والثقة بفاعلية الذات تخلق ثقة أخرى بفاعليتها .**

وقبل أن ننتقل الى وصف احدى الحالات التى تم علاجها بنجاح باستخدام أسلوب الملاحظة الذاتية نجمل القول بأن هذه الطريقة تعتبر من الطرق ذات النتائج القوية فى تعديل السلوك. أما أسباب قوتها فمتعددة الى حد كبير ، وتأثيراتها على السلوك تختلط بعوامل أخرى. ولا زال الباحثون يجاهدون فى تحديد المتغيرات النوعية التى تساعد على كفاءة هذه الطريقة. غير أن جهد الباحثين فى هذا المجال ، وزيادة علامات الاستفهام لا يجب أن تقلل من آثارها واستخداماتها فى ميدان

العلاج الذاتي ، حتى في أكثر الحالات العقلية والنفسية اضطرابا .. ولنتأمل معا فيما يلي حالة توضيحية أمكن معها باستخدام أسلوب ملاحظة الذات والتسجيل تحقيق قدر رائع من النجاح.

حالة المرأة ذات الهلاوس السمعية :

المريضة في السابعة والاربعين من العمر تقيم في مستشفى للطب العقلي في الوقت الذي بدأ فيه المعالج السلوكي محاولاته العلاجية معها. شخصها الاطباء على أنها فصامية. ظلت محجوزة في المستشفى لثلاثة عشر عاما ، وذلك بسبب هلاوس سمعية تحدث بصورة يومية متكررة ومطردة. وقد أدت هذه الهلاوس الى حالة من الاكتئاب الشديد والقلق – ومن الغريب ان هذه الهلاوس تدخلت في حياة هذه المرأة البائسة بطريقة لاتطاق . لقد أصبح سلوكها كله محكوما " بالاوامر " و" النواهي" التي تعطيها لها الاصوات. وبلغ ذلك الى حد أنها لم تكن لتستطيع الذهاب للحمام لقضاء حاجاتها الحيوية ما لم تسمع تلك الاصوات تأمرها بذلك.

وعندما عرضت هذه المرأة مشكلتها للمعالج أظهرت كراهية شديدة لسيطرة هذه الاصوات عليها وأبدت رغبة قوية في العلاج منها. وعبرت بصراحة بأنها لو استطاعت أن توقف تلك الاصوات ، فان مشكلتها الاساسية قد تحل ، وانها ستصبح قادرة على التوافق الجيد بعدد ذلك. كذلك أيدت الهيئة العاملة بالمستشفى هذا الحكم.

ولان هذه المرأة أبدت دافعا قويا للعلاج ، فلقد رأى المعالج أن يستخدم معها أسلوب ملاحظة الذات ،، وذلك لبساطة هذا الاسلوب في التطبيق ، ولان المرأة أبدت رغبة في التعاون مع المعالج في تنفيذ التعليمات

الخاصة بتسجيل التغيرات التى تسيطر عليها وملاحظة الذات .

طلب المعالج منها أولا أن تسجل بطريقتها الخاصة عدد المرات التى تحدث فيها تلك الاصوات لثلاثة أيام متتالية : ثم طلب منه بعد ذلك أن تسجل علناً أمام المريضات الاخريات فى العنبر على جدول عدد المرات التى تسمع فيها هذه الهلاوس يوميا . وقد وضع الجدول فى مكان ظاهر بحيث يمكن للمريضات الاخريات أن يلاحظنه . وكنتيجة لهذا المكان الظاهر الذى وضع فيه الجدول كان يسهل على كل شخص فى العنبر أن يلاحظ مدى التقدم فى سلوك المريضة . فم الواضح اذن أن الهدف من الجدول هو أن يعطى المرأة نتيجة فورية لتطورها . كما أنه كان يحرك عوامل التدعيم الاجتماعى من قبل المرضات والمجربين والعاملات بالمستشفى .. الخ .

وقد تضمنت تعليمات المعالج للعاملين بأن يظهروا تشجيعهم بالمدح والاهتمام، والتشجيع كلما لاحظوا تناقصا فى الهلاوس اليومية (تناقص الاصوات) وعندما كانت تفشل المرأة فى انقاص هلاوسها ، كان التدعيم الاجتماعى يتوقف .

ومن الطريف أن هذا الاسلوب قد ادى الى تناقص ملحوظ فى الهلاوس السمعية لدى المرأة فى فترة قصيرة من الزمن . لقد قلت الاصوات والهلاوس من ١٨١ مرة فى اليوم الاول (الذى بدأت فيه المراة بوضع علامة على الجدول فى كل مرة تسمع فيها الاصوات) الى ١١ مرة فى اليوم الثالث . ولم تظهر أى هلاوس فى اليوم الرابع . ثم زادت بعد ذلك الى ١٦ مرة ثم قلت تدريجيا الى أن وصلت الصفر .. واختفت الاصوات بعد ذلك تماما من حياة المريضة طوال فترة متابعتها لمدة ستة شهور ولحين نشر تلك الدراسة .

ومن الطريف أيضا أنه بتناقص هلاوس المرأة حدثت تغيرات ايجابية أخرى فى سلوكها . لقد أصبحت اقل قلقا ، وقادرة على التفاعل الاجتماعى مع المريضات الاخريات . وتحسن مظهرها الخارجى . وبدات تطالب بالبحث عن عمل. كذلك أصبحت تعبر بصراحة عن سعادتها وغبطتها الى حد بعيد (كدليل على أن التغير فى الاعراض يشمل تغيرات ايجابية أخرى فى الشخصية ككل) .

وغنى عن القول ، أن هذه الدراسة تقدم برهانا قويا على أن ملاحظة الذات وتسجيل السلوك يؤديان الى تعديل كثير من الاضطرابات حتى ما ينتمى منها الى عالم الامراض العقلية.

وبنفس القدر من المهارة يمكن بالطبع استخدام أساليب الملاحظة الذاتية بالشكل السابق فى حالة المرأة ذات الهلاوس السمعية فى علاج وتعديل كثير من الجوانب السلوكية المرضية ويتم بالفعل استخدام هذا الاسلوب من أجل زيادة الوقت الذى نكرسه للعمل (والمذاكرة) وضبط السمنة بملاحظة التناقص اليومى للوزن وتسجيله ، وعلاج مشكلات الاطفال فى المدارس كالبكاء الذى ليس له سبب وذلك بوضع علامة على جدول أمام الطفل فى كل مرة يبكى فيها دون سبب. وحديثاً أمكن تطويع أسلوب الملاحظة الذاتية فى علاج المخاوف المرضية من الاماكن المغلقة لدى مريضة، وذلك بسؤالها أن تحصى الزمن الذى تقضية فى مكان مغلق (حجرتها) باستخدام ساعة ايقاف، مما أدى الى تزايد تدريجى فى الزمن الذى تقضيه فى الاماكن المغلقة بشكل عام . كما أمكن للكاتب أن يمارس هذا الاسلوب لزيادة الوقت المخصص لكتابة بحث مطلوب فى فترة زمنية محدودة. فأمكن

تخصيص ٦ ساعات يوميا قريبا للكتابة (بعد أن كان الوقت المستخدم لذلك لايزيد عن ساعة ونصف يوميا وبطريقة متقطعة).

والجميل فى أسلوب الملاحظة الذاتية هو بساطته ونتائجه الايجابية فى زيادة السلوك المرغوب ومحو السلوك غير المرغوب فى فترات محدودة لا تتجاوز السنه فى الحالات المعقدة ، وتصل الى أسابيع قليلة فى حالات أخرى ، فضلا عن امكانية استخداماته فى تعديل قطاعات متنوعة ومتعددة من الاضطرابات بما فى ذلك الاضطرابات التى تصيب الناس العاديين (كالسمنة ، أو الهروب من النشاطات الابداعية كالكتابة) والعصابيين (كالمخاوف المرضية) والمرضى العقليين (كالهلاوس والافكار المسيطرة) . كما يستخدم كطريقة لتخفيض ارتفاع ضغط الدم ، وذلك بتشجيع الفرد على قياس ضغطة بنفسه ثلاث أو أربع مرات يوميا فى مواقف مختلفة وتسجيل ذلك على بطاقة أو جدول يمكن أن يعده الفرد بنفسة ولهذا تباع اجهزة ضغط الدم فى الوقت الحالى بأسعار زهيدة للجمهور الامريكى لتشجيع عمليات العلاج الذاتى.

٣- ملاحظة النماذج وإستخدام التعلم بالقدوة :

فى إحدى التجارب المبكرة« لباندورا » Bandura و « روس » Ross(٣) كان يسمح لمجموعة من الأطفال بمشاهدة التليفزيون الذى يعرض لهم مجموعة من الأفلام القصيرة المعدة بطريقة خاصة تصور شخصيا يتصرف بعنف وغلظة مع دمية من المطاط. فكان يركلها بقدميه ، ويصفعها على الوجه ويشكها بدبوس ، ويمزقها من الخارج. ويرميها قطعا... قطعا .

وبعد هذه المشاهدة كان الأطفال يعرضون لخبرة إحباطية بأن تعطى

لهم مجموعة جذابة من اللعب ، ثم تجمع منهم قبل أن ينتهى لعبهم بها . وعندئذ ينقلون إلى حجرة أخرى بها دمى وعرائس من المطاط تشبه نفس الدمى التى كانت موضوعا للعدوان فى المشاهدة التليفزيونية السابقة. وسجلت الملاحظات لسلوك الأطفال .

لقد تبين أن الأطفال أخذوا يتصرفون نحو هذه الدمى بنفس العدوان والغلظة التى شاهدوا الشخص يقوم بها . ولقد تعلموا من المشهد التليفزيونى أن يتصرفوا بعد الاحباط بالعدوان، والضرب، واللكم، والصفع، والتمزيق .

ويطلق العلماء على هذا النوع من التعلم: التعلم بالقدوة أو المحاكاة. لأن الشخص هنا اكتسب شيئا من خلال ملاحظته لشخص آخر يقوم به، دون أن يقوم به هو بالضرورة .

ولقد أمكن توظيف هذا المبدأ فى إكتساب كثير من أشكال السلوك. فإذا كان الشخص يحاكى النماذج السيئة من السلوك خلال ملاحظة الآخرين يقومون بفعلها كما فى مثال « العدوان » السابق. فإنه قادر أيضا على أن يحاكى النماذج الصحية والفعالة من السلوك. فالإنسان من خلال ملاحظته للآخرين يستطيع أن يتعلم كثيرا من المهارات الإجتماعية، والطلاقة اللغوية، والتعاون، والفنون الادارية .

ويمكن الإهتداء بهذا المبدأ بوحى من الذات من خلال ملاحظتك للنماذج الناجحة التى تقوم بجوانب من السلوك تشعر بينك وبين نفسك أنك تحتاج فيها للتدريب. لكن حاول أن تحدد أولا المشكلة التى تعانى منها ثم أنظر لبيئتك لكى تختار منها النماذج التى تعتقد أن أدائها لنفس السلوك

-**المشكلة** يعتبر من وجهة نظرك ومن وجهة نظر الآخرين ناجحا. ثم لاحظ أدائهم وحاول أن تمارسه عمدا .

وهناك كثير من الأشياء التى تساعد على التعلم الإجتماعى السريع من خلال القدوة ، منها : أن تكون القدوة ناجحة وقوية بحسب المعايير الإجتماعية السائدة. ومنها الإنتباه والإهتمام لسلوك القدوة خاصة التفاصيل.. والكيفية التى يؤدى بها السلوك.. ومنها التنويع من مصادر الملاحظة والإطلاع على نماذج متنوعة كملاحظة النماذج الناجحة، والممثلين والأساتذة الناجحين، والقادة، فضلا عن الدراسة والقراءة عن نماذج السلوك البشرى الذى نريد الوصول إليه .

ويساعد الآداء الفعلى للسلوك على إتقان تعلمه... خاصة إن كان هذا السلوك مركبا من عدد كبير من الإستجابات المتشابكة. فتأكيد الذات فى العلاقات الإجتماعية بالآخرين لا يتم بين يوم وليلة من خلال ملاحظتك لأستاذ ناجح يحاضر تلاميذه أو من خلال ملاحظتك لممثل سينمائى يؤدى دورا مع شخص من الجنس الآخر.. إنما لابد فضلا عن ذلك أن تتعلم هذا السلوك بالممارسة العملية... حتى وإن كانت صعبة فى البداية .

ويجب بعد ذلك أن تحاول القيام بعملية تخطيط للسلوك الجديد لأن ذلك يساعد على اتقان تعلمه. ويتم ذلك بأن تكافىء نفسك إذا ما نجحت فى أداء بعض التصرفات الجزئية المؤدية للهدف... وهوما يقودنا للحديث عن المجموعة الأخرى من أساليب العلاج أو التوجيه الذاتى .

٤- إثابة الذات والتدعيم كطريقة للعلاج الذاتى :

إذا كانت مجرد الملاحظة الذاتية تعتبر مصدرا خصبا لتعديل السلوك بطريقة ذاتية، فالأمر صحيح كذلك بالنسبة لتدعيم الذات عند ظهور السلوك الجديد البديل للسلوك المرضى. والخلاف بين الملاحظة الذاتية والتدعيم الذاتى أن الشخص فى الملاحظة الذاتية يقوم بمراقبة تصرفاته - التى يعتقد بخطئها أو بآثارها المرضية السيئة على شخصيته - إلى أن يتوقف ظهور هذه الأمراض أو يحل محلها سلوك آخر. أما التدعيم الذاتى فيمكن للشخص أن يستخدمه بعد أن يتكون السلوك المرغوب . ويتم تدعيم الذات بأن يقوم الشخص بإثابة نفسه فورا عندما ينجح لديه ظهور السلوك المرغوب . وخير مثال على هذا الطالب الذى يكافىء نفسه بكوب من الشاى أو فنجان من القهوة أو الذهاب إلى النادى أو الالتقاء بالأصدقاء بعد أن يكون قد نفذ خطة مكنته من قضاء وقت ملائم لإنهاء بحوثه أو دروسه .

وفى ميدان العلاج النفسى الذاتى أصبحت طرق الإثابة أو التدعيم الذاتى جزءا رئيسيا من العلاج يوصى به المعالج فى مشكلات سلوكية متعددة كالتدخين، والقلق الجنسى (أى القلق فى حضور الجنس الآخر) ، والإكتئاب ، والوساوس ، وتسلط الأفكار غير المنطقية على تفكير الشخص ... الخ .

ولكى يزداد إستبصارنا بتطبيق هذا الأسلوب فى هذه المجالات الآنفة الذكر قد يحسن أن نستشهد ببعض الدراسات الملائمة لهذا الغرض. ومن أوائل الدراسات التى أجريت للكشف عن أهمية هذا الأسلوب دراسة تمت

سنة ١٩٦٧ فى الولايات المتــحــدة على يدى « جـــاتمان » Gutmann و « مـارسـتـون » Marston وقـد إسـتـعـانا بالطلبـة الذين يعـانون من مـشكلة التدخين ، وقالا أنهما إختارا هذه المشكلة بالذات لأن هؤلاء الطلاب كـانوا يرغبون فى الاقلاع عن التدخين، وحاولوا ذلك من قبل ولكنهم فشلوا. وقد قسم الباحثان الطلاب الى مجموعتين : الأولى وقد أطلقا عليها المجموعة التجريبية وتتكون من ١٥ شخصا طلب الباحثان من أفرادها أن يدخن كل منهم سيجارتين اذا ما نجح فى التوقف عن التدخين لمدة اربع ساعات متتالية (إثابة ذاتية أو مكافأة للذات). وقد طلب الباحثان من افراد هذه المجموعة أيضاً أن يسجل كل من أيام التجربة . أما المجموعة الثانية وتسمى بالمجموعة الضابطة فلم يطلب من أفرادها القيام بالإثابة الذاتية (التدخين عقب النجاح فى التوقف عن التدخين)، ولكن طلب منهم أيضاً تسجيل التناقص اليومى فى التدخين. وقد بينت هذه الدراسة أنه بالرغم من أن الدراسة قد إستغرقت فترة قصيرة، فإن أفراد المجموعة الأولى نجحت فى إنقاص السجائر بشكل مطرد، بينما لم يحدث تغيير يذكر فى المجموعة الضابطة (٩).

ويزعم باحثان آخران ان أسلوب المكافأة الذاتية نجح فى إيقاف القلق النفسى لدى مجموعة من الطلاب ممن وصفوا علاقاتهم الاجتماعية بأنها مصدر «عنيف» للقلق والتوتر، لدرجة أنهم كانوا يضطرون عندما يتبادلون الحديث مع الزميلات بطريقة تضعهم فى كثير من جوانب الحرج والإكتئاب. فى هذه الدراسة طلب الباحثان من الطلاب أن يسجلوا مدى تقدمهم فى التخلص من القلق فى المواقف المتدرجة موقفا وراء الآخر، على أن يستخدموا شتى أساليب الأثابة وتدعيم الذات (بما فى ذلك مدح النفس)

كلما نجح الواحد منهم فى مواقف أخرى لاتتعلق بالتفاعل مع الآخريين . ولم ينجح الواحد منهم فى تخطى القلق فحسب، بل تبين أيضاً أنهم إستطاعوا أن يتخلصوا من القلق فى مواقف أخرى لاتتعلق بالآخرين ، كالخوف من الإمتحانات ومن الرسوب فضلا عن إزدياد الثقة بالنفس وغير ذلك. (المرجع السابق) .

وفى تعليق الباحثين على ذلك أكدا أنه ليس ضرورياً للتقليل من آثار القلق فى موضوع معين أن تقوم بتغيير الشخصية ككل كما يزعم علماء التحليل النفسى، كما أن من الممكن التخلص من كثير من المشكلات المماثلة بتدعيم الذات عندما تنجح فى تحقيق الأهداف المرسومة .

وقد نجح « البرت أليس » الذى عرضنا لنظريته فى العلاج المنطقى فى الفصل السابق نجاحاً كبيراً فى تشجيع مرضاه على إستخدام المكافاة أو الإثابة الذاتية عند النجاح فى التخلص من الأفكار والإتجاهات الإنهزامية ، ويقول فى هذا الصدد :

« لقد نجحت شخصياً فى مساعدة مرضاي فى السنوات العشر الاخيرة من المعتقدات غير المنطقية من خلال تشجيعهم على تدعيم أنفسهم بشىء مرغوب (كالطعام أو الشراب ، أو التنزه) بعد ان ينجح الواحد منهم فى الدحض المستمر للإعتقادات الخاطئة التى تتملكه وتؤدى للمرض والهزيمة ، وعندما كان يفشل الواحد منهم كنت أحضه على عقاب الذات كمنبه غير سار (كالقيام بالنظافة المنزلية ، أو أداء تمرين رياضى ممل ، أو المساهمة فى نشاط جماعة أو حزب سياسى مخالف لقيم الشخص) وذلك

اذا فشل الشخص منهم بالعمل على دحض معتقداته المرضية يومياً» (١٠).

وقد يتساءل القارىء هل من الأفضل أن تأتى المكافأة أو الإثابة عند النجاح فى تحقيق هدف علاجي معين ، من الخارج (الأباء والمعالجون ، والمدرسون) أم من الذات . هنا أيضا تفيد بضع دراسات فى تقديم إجابة جيدة عن هذا السؤال : فقد تبين أن التدعيم الذاتى لايقل فاعلية عن التدعيم البيئى أو الخارجى من حيث التأثير على تأكيد ظهور السلوك التكيفى الجديد . اما أذا راعينا الفاعلية على المدى الطويل ، فان التدعيم الذاتى يتفوق على التدعيم من الخارج من حيث أنه يؤدى الى آثار علاجية تستمر وقتا أطول ، مما لو كان مصدر التدعيم آتيا من البيئة . بل ان كثيرا من المعالجين يرون أن فاعلية التدعيم تتوقف فى الحقيقة على قدرة الشخص على أن يحول التدعيمات الخارجية الى تدعيمات داخلية أو ذاتية ، عندها يكون التقدم فى العلاج مصدرا لسعادة الشخص وراحته الذاتية بدلا من اسعاد أو ارضاء المعالج .

ويرتبط بالتدعيم الذاتى مايسمى **بعقاب الذات**. وقد رأينا نموذجا له فى عبارة « أليس » التى سبق ذكرها توا . فقد رأينا أنه كان يكلف مرضاه بواجبات منزلية ثقيلة عندما يفشل الواحد منهم فى تحقيق الهدف المشهود للعلاج . وقد أمكن لاحد المعالجين السلوكيين فى احد عيادات العلاج النفسى بأمريكا أن يستخدم أسلوب عقاب الذات فى علاج عيوب الكلام واللجلجة وذلك بأن ابتكر جهازاً يصدر أصواتا منفرة (صفير حاد ومتقطع كالذى نسمعه على محطات الاذاعة قبل بدئها) اذا ما قام الشخص

بالضغط على زرار معين مثبت بالجهاز. وقد تبين أن هذا الاسلوب قد نجح نجاحا ملحوظا فى علاج اللجلجة اذا ما قام المريض بتشغيل الجهاز عندما يبدأ فى التهتهة أثناء قراءته لموضوع معين بصوت عال. وقد أدى النجاح فى استخدام هذا الجهاز الى تعميمه بحيث أصبحت امثال هذه الاجهزة تعطى للمرضى فى المستشفيات لاستخدامها وتشغيلها فى حالات الهلاوس السمعية والبصرية. كما أمكن تطوير أجهزة مماثلة تعطى صدمات كهربائية خفيفة ويمكن للشخص أن يديرها بنفسه عندما يتعرض لسيطرة تلك الجوانب المرضية من السلوك. ولقد أمكن على سبيل المثال اعطاء مريض فصامى كان يشكو من وجود هلاوس سمعية جهازا سهل الحمل لتوجيه صدمات كهربائية خفيفة. وكانت التعليمات التى طلب من المريض تنفيذها هى أن يوجه لنفسه صدمة كهربائية حالما يسمع تلك الاصوات. وفى خلال بضعة أيام قرر المريض بأن تلك الهلاوس قد توقفت. فضلا عن هذا، استطاع المريض الخروج من المستشفى بعد خمسة وثلاثين يوما بعد أن توقفت تلك الهلاوس التى أدت به الى الالتحاق بالمستشفى عددا من المرات (١١).

وتقييمنا الخاص للدلائل المتوفرة الان هو أن توظيف العناصر الذاتية - بما فيها الملاحظة الذاتية ومكافأة الذات أو عقابها - فى العلاج - قد أحرز قوة واضحة فى السيطرة على كثير من الاضطرابات وبقليل من الجهد، وبتجنب كثير من المشكلات الخلقية التى قد يثيرها العلاج السلوكى بشكل عام.

والاسلوب الاخر الذى أود أن أناقشه هنا قبل ان نختتم الحديث عن أساليب العلاج الذاتى يتعلق بما شرحناه فى الفصل السابق ، والمتعلق بالتعديل المعرفى.

لقد حاولنا أن نعرض صورة أمينه عن تعديل أساليب التفكير والاتجاهات غير المنطقية ، فتبين لنا ان هذا المجال من المجالات الواعدة فى العلاج السلوكى. ولأن تعديل أساليب التفكير يعتبر بطبيعته أسلوبا من الاساليب التى تزداد فاعليتها اذا ما حاول الفرد ممارستها بوحى من ارادته الخاصة فان تحوير تلك الاساليب للاستخدام فى ميدان العلاج الذاتى كان ميسورا وحافلا بكثير من الابتكارات والطرق الخلاقة.

من الافكار الاساسية فى النظرية المعرفية أن الانسان يسلك بحسب ما يفكر . وفى ميدان ممارسة العلاج الذاتى ينصب جزء من دور المعالج على تدريب الاشخاص لتعديل محتوى أفكارهم (أى ما **يقولونه لانفسهم**) فى مواقف الحياة المختلفة ، خاصة المواقف التى تستثير الاكتئاب ، والقلق ، والمخاوف وعدم الثقة. الخ ذلك لانا نعرف – مما عرضناه من قبل – أن كل تصرف عصابى كالقلق مثلا من التعبير عن النفس أمام الاخر ، انما يتأكد من خلال الافكار التى يرددها الشخص بداخله. فما يردده الشخص **ومجموع حواراته الداخلية** مع النفس ، هى التى تستثير شتى المشاعر فى شتى المواقف. ولامر ما تنبه الادباء والروائيون منذ القدم الى ما تلعبه الحوارات الداخلية فى توجيه الشخصية. ان مسرحيات « شكسبير » على سبيل المثال ، تمتلئ بأنماط وشخصيات تمارس تلك الاحاديث الداخلية « المونولوجات » عند التعرض للكثير من

جـوانب النشـاط كـالعـدوان (عـنـد عـطـيـل) والـــوشـــاية (عند اياجـــو) والاكتئـاب (عند هاملت) .

وفى الميدان العلاج الذاتى يطلب من الشخص أن يتبنى محتوى من العبارات الداخلية ذات الطابع التكيفى قبل تعرضه لمصادر القلق والاكتئاب ، كأن يستعيض الشخص عن العبارة « ان ما سأقوله تافه ومثير للسخرية » قبل القائه لخطاب أو اعلانه عن رأى أمام مجموعة بعبارات ذات محتوى تكيفى مثل « لابأس من الكلام ، ولايهم ما سأقوله ، بل يجب أن أقوله » .

ومن الطرق المرتبطة بأسلوب تعديل المحتوى الفكرى والحوار الداخلى، ما يسمى **بالايقاف المتعمد للافكار غير المرغوبة**. اذ يطلب المعالج من طالب العلاج أن يفكر بطريقة متعمدة فى الفكرة التى تسبب له التعاسة والضيق (اننى انسان غير مفيد ، أو أن أهلى يريدون التخلص منى ، أو اننى فقدت جاذبيتى وقدرتى على التأثير فى الاخرين ..الخ) . ثم يطلب منه بعد ذلك أن يشير باصبعه عندما تكون الفكرة قد تبلورت. وفور ظهور الاشارة الدالة على تكون الفكرة وتبلورها . يهتف المعالج « توقف الان عن هذا ». وتبين الحالات التى استخدمت معها هذه الطريقة أن الفكرة التى تتكون عندما يهتف المعالج « توقف » تختفى من الذهن.

أما لماذا تختفى الفكرة أو التصور المرضى عندما يأتى الامر بالتوقف، فالامر بسيط وسبق أن أشرنا الى المبدأ الذى يفسره ، ولكن فى اطار اخر. لقد سبق أن تحدثنا عما يسمى بمبدأ الكف المتبادل ، وبينا أن الشخص لايمكن أن يكون قلقا ومطمئنا فى وقت واحد أى أنه لايمكن ان يشعر بشعورين متناقضين فى نفس الوقت. ولهذا فنحن نعلمه أن يسترخى عندما

يواجهه تهديد نفسي معين. وهذا الاسترخاء يكف قلقه أو تخوفه الذى اعتاد أن يواجه به مثل هذه التهديدات .

ونفس الامر ينطبق هنا على مجالات التفكير. فالشخص لا يمكن أن يفكر فى فكرتين فى وقت واحد ، أى فكرته المرضية وتركيزه على صوت المعالج وهو يهتف : توقف أوبالطبع من الممكن استخدام هذا الاسلوب ذاتيا بأستبدال أوامر المعالج بأوامر من الذات. وقد سجل « وولبى » نجاحا ملحوظاً عندما طبق هذا الاسلوب على نفسه ، أثر تعرضه لمشكلة قوية مع شخص معين تملكته إثرها عض الافكار ، وسيطرت عليه بعض الوساوس بأنه عالج المسألة بطريقة خرقاء. لقد أخذت هذه الفكرة تشغل ذهنه ، وتستغرق تفكيره طوال اليوم. لهذا حاول فى مساء نفس اليوم أن يقوم بعملية علاج ذاتى بأسلوب بلورة الفكرة التى تبعث على الضيق « معالجة المشكلة بطريقة خرقاء» ، مع الهتاف العالى « توقف » . وفى تعليق وولبى على ذلك يقول : بالرغم من أن الاسلوب لم يثمر معى فى البداية ربما بسبب سيطرة انفعالى الشديد ، وضيقى بالموقف فانه أمكن لى أن أحقق نجاحا كاملا فى اليوم التالى. لقد أزيلت وساوسى وانمحت تماما (١٢) .

تلك اذن هى بعض الوسائل المستخدمة على نطاق واسع لمساعدة الناس على توجيه نواتهم وتعديل جوانب سلوكهم ، وأفكارهم واتجاهاتهم ، وانفعالاتهم بحيث تمكن السيطرة على كثير من أفعال القلق والخوف والاكتئاب وغيرها من اضطرابات قد استنتجنا - دون شك - آثارها المدمرة على حياة الانسان. وهناك الكثير من هذه الاساليب ولكنها أكثر تعقيدا من الناحية التكنكية بما لايناسب هذا المجال.

أما وقد أصبحت لدينا الان بعض الحقائق الرئيسية عن هذا الميدان فقد بقى تعليق أو تعليقان يتطلبان الإضافة .. فمن ناحية قد تأخذ هذه الاساليب مظهر البساطة والهزل ، لكن فاعليتها لن تظهر على الاطلاق مالم تحمل محمل الجد الخالص ، والجهد فى تنفيذها . عندئذ ستتحول بساطتها الظاهرة الى أمر مستساغ ومفيد .

ثم أن هناك بعض الجوانب الايجابية التى صاحبت ظهور أساليب العلاج الذاتى . فمن ناحية لايقتصر استخدام هذه الطرق على حالات المرضى أو المحجوزين فى المستشفيات ، أو الذين يذهبون للاطباء النفسيين طلبا للعلاج من المخاوف المرضية المحددة بل أنها تستخدم بنجاح كبير فى مختلف أنواع الاضطرابات وسوء التكيف طالما وجد الدافع للتغيير .

وبالنظر الى أن تلك الاساليب على أنها مظهر من مظاهر التطور فى حركة العلاج السلوكى ، أصبح من الواضح أنه لن تكون هناك مشكلات أخلاقية تثار ضد العلاج السلوكى بنفس الحدة التى كانت تثار بها منذ سبع أو عشر سنين . فالشخص الذى يمارس هذه الاساليب يأتى طالبا المشورة شخصيا كما أنه يتصرف وفقا لارادته الخاصة الحرة . انه يأتى وهو مستعد لان يفعل ما يستطيع لكى يتخلص من تعاسته . وهو عندما يمارس هذه الاساليب مع المعالج النفسى) بقيمه واتجاهاته قد يمارسها بطريقة قد تكون مصدرا للتحوطات الخلقية .

وعلى أية حال فنحن نشعر بالرضا التام أن كنا قد نجحنا فى أن نقدم فى هذا الكتاب للقارئ ما يكفى أن يطلعه على صورة من الانتصار العلمى فى ميدان كان من العسير - بسبب تاريخ طويل من الخرافة أحيانا ، والخداعات شبه العلمية أحيانا أخرى - أن يقدم العلم فيه انتصارا مماثلا لانتصاراته فى الميادين الاخرى .

ورغم آن النصر قد يبدو ضئيلا اذا ما قيس بالمشكلات المثيرة للتحدى التى تطرحها الحياة بدأب ، فاننا نعتقد أن جهد المحاولة ، وبعض النتائج المتجمعة تبشر بأن خطانا قدد وضعت فى الطريق الصحيح ، أجل الطريق الصحيح ليس أكثر ! ..

مراجــع وتعليقات

١- للإطلاع على نظريات وأراء « كارل روجرز » يمكن الرجوع بين عشرات المؤلفات والكتب الى الكتابين اللذين احتويا على أفكاره الرئيسية :

2 - A- Rogers, C. (1942) : ***Counseling and psychotherapy*** : Newer Concepis in Practice Boston : Houghton.

B.- Rogers, C. (1951) : ***Client-Centered therapy:*** 1st current implications, and therapy. Boston : Houghton.

3 - Bandura A. (1969) : ***Principels of behavior modification:*** New York: Holt.

4 - Skinner, B.F. (1966): ***Science and human behavior***. New York: Macmilan.

5 - Cautela, J.R. Treatment of compulsive behavior by covert sensitization . ***Psychological Reeord.*** 16,33-41

6 - Cautela, J.R. Behavior therapy and self-control. In c. Franks and co. Whilson (1969): (eds.) ***Behavior therapy: Appraisal and status***. New York: McGraw-Hill (pp.323.340)

7 - Hagen, R. (1975): Behavioral therapies and the treatment of schizophenics. ***Schizophrenia Bulletin****, 13, pp. 70-96.*

٨- انظر المرجع السابق للمزيد عن تفاصيل حالة المرأة ذات الهلاوس وما أثارته من نشاط فى مجال العلاج النفسى .

9 - Cutman, M. & Marston, A. (1967): Problems of subjects motivation in a behavioral program for the reduction of cigarette smoking. ***Psychological Reports****,* 20, 1107-1114.

الباب الثالث

العلاج السلوكى لبعض الاضطرابات النفسية والعقلية

الفصل العاشر : العلاج السلوكى واضطرابات الطفل .

الفصل الحادى عشر : الإضطربات العصابية والقلق

الفصل الثانى عشر : العلاجات السلوكية والإضطرابات العقلية : الفصام خاصة .

الفصل الثالث عشر : البرامج السلوكية الشاملة والعلاج الأسرى السلوكى وإضطربات السلوك الفصامى .

الفصل العاشر

العلاجات السلوكية لمشكلات الطفل

ما هى الاسهامات التى يتفرد بها العلاج السلوكى فى ميدان اضطرابات الطفولة ومشكلات الأطفال؟ وما هى الأساليب الفنية التى يستخدمها المعالجون السلوكيون فى مواجهة مشكلات الطفل وأمراض الطفولة؟ هذه هى بعض الأسئلة التى سيجيب عنها هذا الفصل.

نماذج من اضطرابات الطفولة ومشكلات الطفل

مفهوم الطفولة كما سنستخدمه هنا يمتد ليشمل كل الفترة الزمنية التى تتراوح منذ الولادة حتى بداية المراهقة. أما عن مفهوم اضطرابات الطفل فهو يشمل كل ما يدفع الطفل أو آبائه، أو المحيطين به فى المؤسسات الإجتماعية والتربوية والأسرة إلى طلب نصيحة المتخصصين وتوجيهاتهم المهنية للتخلص من جوانب السلوك موضوع الشكوى. وسنتعرض فيما يلى لضرورة وجود علاج سلوكى للطفل، وأنواع المشكلات التى تواجه الأطفال وتحتاج للعلاج النفسى - السلوكى.

الحاجة لعلاج الطفل :

من الميسور دائما الحكم على البالغين بالإضطراب وعدم النضوج عندما نلاحظ تقاربا بين أنواع ما يصدر منهم من سلوك وما يصدر عن

الطفل. اننا فى مثل هذه الحالات نصفهم بعدم النضوج والإضطرابات بسبب صفاتهم الطفولية. لكن عندما تصدر مثل هذه التصرفات من الطفل فانها قد تكون شيئا مقبولا ومناسبا لعمره، ومتطلبات مرحلة النمو التى يمر بها، وما تتطلبه هذه المرحلة من تغيرات فكرية، وانفعالية، واجتماعية. لهذا يحذرنا علماء العلاج النفسى - السلوكى (١) من الاندفاع والعجلة فى وصف طفل معين بالإضطراب.

ومن ثم وجب على المعالج النفسى أن يكون ملما بقوانين النمو وتطور الطفولة حتى يسهل عليه معرفة ما يحتاج من سلوك الأطفال إلى تدخل مهنى (طبى أو نفسى) بسبب شذوذه وعدم ملائمته لمتطلبات النمو، أو ما يحتاج إلى التجاهل أو الاغفال - أو حتى التشجيع - بسبب انسجامه مع تلك المتطلبات.

ان كثيرا من الإضطرابات كالعدوان ، والحركة الزائدة، والتحطيم، والبكاء، والتبول اللاارادى واضطرابات النوم .. وهى المشكلات التى تسبب ازعاجا للأسرة قد تكون لدى كثير من الأطفال تعبيرا يتناسب مع الفترة الزمنية التى يمر بها الطفل. ومن ثم فانه لا يجوز وصفها بالشذوذ، أو المرض، والمشاكسة.

لكننا ممكن - اعتمادا على ما يردنا من بحوث علمية - أن نقرر أن هناك كثيرا من المشكلات التى تصدر عن الأطفال لا تكون مطلبا من مطالب النمو ولا تنسجم مع التطور الزمنى للطفل وما يصحبه من تطور انفعالى أو عقلى أو اجتماعى ومثل هذه المشكلات التى قد يتفاقم بعضها لدرجة ممكن وصفها بالإضطراب أو الشذوذ تتزايد تزايدا مخيفا. ففى دراسة أمريكية (Tuma) (2) تبين أن نسبة ١١٪ من الأطفال فى الولايات المتحدة (أى

حوالى ٨ مليون طفل) يعانون من اضطرابات نفسية وعقلية. وتؤكد تلك الدراسة أن هذه النسبة تتزايد عن ذلك بكثير اذا ما ضمنا لهذه الفئة الأطفال الذين يعانون من الإضطراب الذى لم يشتد لدرجة تثير الحاجة لطلب العلاج. والأطفال الذين يعانون من مشكلات التخلف العقلى ومشكلات التعلم. ولا يوجد فى مجتمعاتنا العربية – فى حدود علم الكاتب – احصاءات أو دراسات شاملة تمكننا من تقدير انتشار الإضطراب بين الأطفال ومداه. الا أننا نعتقد أن التغيرات الإجتماعية والسلوكية المتخصصة فى مجال اضطرابات الطفولة لا تمكننا من التفاؤل الشديد. وبناء على تجربة أحد الكتاب (ع٠ابراهيم) فى احدى العيادات النفسية فى البلاد العربية نجد أن ما يقرب من ٦٥٪ من الحالات التى تفد للعيادة طلبا للخدمة النفسية والطبية هى للأطفال. وتمتد الشكاوى فى مثل هذه الحالات لتشمل مشكلات هى – كما سنرى فيما بعد – فى صميم التخصصات النفسية – السلوكية. ولهذا فاننا نعتقد أن الحاجة لوجود خدمات نفسية – سلوكية أمر ضرورى ومطلب من مطالب النمو بهذا التخصص.

أنواع الاضطرابات التى يعانى منها الأطفال:

تتنوع المشكلات والإضطرابات المتعلقة بسلوك الطفل. ومن أحد الطرق للالمام بهذه المشكلات وأنواعها ومدى انتشارها التركيز على معرفة ما يرد للمتخصصين من الأطباء وخبراء العلاج النفسى فى المستشفيات والعيادات العامة والمؤسسات الإجتماعية والتربوية من حالات لمعرفة أنواع الإضطراب التى تصدر عنها ثم تصنيفها.

واذا ما قبلنا بالتوصيف الذى يضعه لنا المرشد الطبى النفسى الأمريكى (3) لهذه الحالات، فان من الممكن تحديد فئات رئيسية

لاضطرابات الطفولة :

١- **مشكلات متعلقة بالنمو** : التخلف العقلى أو الدراسى، ومشكلات النمو اللغوى، صعوبات التعلم.

٢- **مشكلات متعلقة باضطراب السلوك** : الافراط الحركى (الحراكية) Hypertension ، العدوان – تشتت الانتباه – التخريب – الجنوح • الكذب – الانحرافات الجنسية.

٣- **مشكلات القلق** : قلق الانفصال - Seperation anxiety القلق الإجتماعى – تحاشى أو تجنب Avoidance Disorders الاحتكاك بالآخرين.

٤- **الإضطرابات المرتبطة بسلوك الأكل والطعام** : Eating Disorders : الهزال أو النحافة المرضية - Anorexia nervosa النهم – السمنة - Obesity التهام المواد الضارة .Pica

٥- **اللوازم الحركية** :Tics نتف الشعر – مص الاصابع – قضم الأظافر.

٦- **اضطرابات الاخراج** : التبول اللاارادى - Enuresis التغوط . Encopresis

٧- **اضطربات الكلام واللغة** : التهته – البكم – الحبسة الصوتية .

٨- **اضطرابات أخرى** : ذهان الطفولة – السلوك الاجترارى (٤)

ولا يعنى أن تقسيم هذه الفئات المرضية الذى تتبناه جمعية الطب النفسى الأمريكية أن هذه الفئات يستقل بعضها عن البعض الآخر . فهذه الفئات تتداخل فيما بينها ، مما يجعل هذا التقسيم لا يعدو عن كونه مطلب

من مطالب التبسيط العلمى الذى لا يخلو - أحياناً - من بعض العيوب .

إضطربات نوعية :

لكن من أحد المطالب الرئيسية للعلاج السلوكى هو عدم الإكتفاء بوضع الاضطراب أو الأعراض أو الشكاوى فى فئات عريضة بالشكل السابق . إن المطلب الأول للبدء فى أى برنامج للعلاج السلوكى للطفل هى أن تحدد بالضبط السلوك الذى ترغب فى علاجه تحديداً نوعياً (٥) . فالمعالج السلوكى - على سبيل المثال - لا يقبل وصف إضطراب طفل معين بالدوران. ويفضل بدلاً من ذلك مظاهر سلوكية مثل : يستخدم ألفاظاً قبيحة - يضرب أخته - يعتدى على أبويه بالضرب - يبصق - يخطف الأشياء من أمام زملائه - يحطم أثاث المنزل - يشعل النيران - والى غير ذلك من جوانب السلوك التى قد تصف بالسلوك العدوانى . وبالمثل فالمعالج السلوكى يفضل استخدام جوانب سلوكية مثل : يخاف من الظلام - يشعر بالسخونة فى المدرسة .. وذلك بدلاً من وصف الطفل بأنه يعانى من عصاب القلق أو تنتابه المخاوف ..

ويحتاج المعالج السلوكى أن يدرب نفسه جيدا على مثل هذه الصياغات السلوكية، وسنرى فيما بعد الفوائد التى يجنيها المعالج من هذه الصياغات السلوكية النوعية من حيث سهولة ملاحظة المشكلة وتقييمها ومن حيث متابعة خطة العلاج ومدى فاعليتها.

وعلى العموم فان أنواع المشكلات التى يعانى منها الأطفال وفق المفهوم السلوكى تتنوع وتتعدد بتعدد المظاهر السلوكية التى تستثير قلق البالغين وقلق المعالج على السواء. ويبذل - لهذا - المعالجون السلوكيون

جهدا كبيرا فى وضع قوائم تحليل سلوكى نوعى للاضطرابات السيكياترية الشائعة. فعلى سبيل المثال وضع "ولبىWolpe " و "لانج Lang " (٦) ما يسمى بقائمة مسح المخاوف الإجتماعية Fear Survey Schedule وهى تتكون من ٧٤ بنداً تمثل مخاوف شائعة بين الأطفال كالثعابين، والأماكن المظلمة، والأصوات العالية، والسلطة، والإجتماع بالآخرين، والتحدث مع الغرباء... الخ. ونستخدم - من ناحيتنا بالعيادة السلوكية بكلية الطب - جامعة الملك فيصل ،قائمة مشكلات الطفل التى تتكون من ٧٥ مشكلة نوعية يقوم المعالج من خلالها بتقييم حدوث كل مشكلة منها على مقياس يتراوح من ١ (لاتنطبق) إلى ٣ (تنطبق أو تشيع بشدة فى سلوك الطفل). ويمكن للقارىء أن يتجول فى هذه القائمة حتى يطلع على بعض أنواع المشكلات التى يعانى منها الأطفال فى العيادات النفسية (أنظر جدول ٤).

اجراءات العلاج السلوكى للطفل

هناك تقريبا ست خطوات نحتاج للقيام بها لتنفيذ خطة العلاج السلوكى بطريقة التدعيم، وهى تشكل فى مجموعها نفس الاجراءات المتبعة فى تقدير وتقييم الإضطرابات النفسية والسلوكية للطفل وخطط علاجها لدى رواد العيادة النفسية السلوكية بقسم الطب النفسى - جامعة الملك فيصل.

الخطوة الأولى: تحديد السلوك المحورى :

السلوك المحورى Target Behavior هو السلوك الذى نريد علاجه وتعديله. وقد يكون هو الشكوى المباشرة أو السلوك الذى يتفق المعالج مع المريض أو الأسرة على أن التعديل منه سيؤدى إلى تغييرات رئيسية فى السلوك. ومن المطلوب أن تحدد السلوك المحورى تحديدا نوعيا. وقد أشرنا إلى أن استخدام عبارات مثل مكتئب أو مندفع، أو لديه ضعف فى الشخصية لا تكون مقبولة، لأن من المطلوب وضع جوانب الشكوى فى شكل مظاهر سلوكية يمكن ملاحظتها ومتابعتها وتقييم جوانب التقدم فيها. مثلا (بدلا من ضعف الشخصية يمكن أن يقال أنه يعجز عن الاحتكاك البصرى أو لا يعبر عن غضبه عندما تخرق حقوقه).

وبعد تحديد السلوك المحورى يجب أن تكون لدى المعالج والأهل والطفل جميعهم صورة واضحة - من خلال البيانات والمعلومات التى أمكن جمعها بملاحظة الطفل - كيف يتدخل هذا السلوك فى صحة الطفل وسلامة الآخرين، ورفاهية جميع الأطراف.

الخطوة الثانية : وضع طريقة لقياس تواتر السلوك ومقدار شيوعه :

ويتطلب ذلك بالطبع جمع ملاحظات أو بيانات عن عدد المرات التى يظهر فيها السلوك. ويمكن لهذا الغرض أن تستخدم وسائل الملاحظة والاستمارات المعدة خصيصا لذلك .. وذلك حتى نصل لما يسمى بحد الانتشار Base-Line .. أى أقصى قدر يظهر به السلوك .

جدول (٤) : قائمة المشكلات السلوكية

أسم الشخص / الطفل : .... عمره .... تعليمه : ....

التشخيـــص الطبـــى : .... المستوى العقلى : ....

التعليمات : العبارات التالية تعبر عن المشكلات لدى بعض الأطفال . المطلوب قراءة كل عبارة منها وتحدد ما إذا كانت تنطبق أو تظهر فى سلوك الشخص أعلاه خلال الأسبوع الماضى .

الأجابة تكون بوضع دائرة حول رقم العبارة الملائمة

السلوك					السلوك					السلوك				
حزين وغير سعيد	١				يصيح ويصرخ	٢				يتبول على نفسه بالنهار	٣			
يخجل	٤				يرتمي على الارض	٥				يتبول على نفسه ليلاً	٦			
ينقاد بسهولة	٧				يهدد ويهين	٨				يتبرز على نفسه	٩			
ينعزل عن الاخرين	١٠				يغضب ويعتدي	١١				يمص اصابعه	١٢			
يبكي	١٣				يشتم بالفاظ قبيحة	١٤				يمص أو ياكل اظافره	١٥			
يخاف من الناس	١٦				يخبط الابواب والنوافذ	١٧				ينتف شعره	١٨			
يخاف من الظلام	١٩				يحطم الاثاث	٢٠				ياكل القاذورات	٢١			
يخاف من الحيوانات	٢٢				يمزق ويقطع	٢٣				يلعب باعضائه التناسلية	٢٤			
يخاف من اشياء اخرى	٢٥				يعض	٢٦				يكشف عن عورته	٢٧			
يؤذي نفسه باللطم الخ ..	٢٨				يجادل	٢٩				يلعب جنسياً بطرق بذيئة	٣٠			
ينام متقطعا	٣١				يلح	٣٢				يهمل واجباته المدرسية	٣٣			
يستيقظ مفزوعا	٣٤				يسرق	٣٥				يهرب من المدرسة	٣٦			
يكثر من النوم	٣٧				يكذب	٣٨				أداؤه المدرسي في التدهور	٣٩			
يستيقظ مبكرا ولا ينام	٤٠				يرمي اشياء على الناس	٤١				يشكو من الم بالبطن	٤٢			
تصيبه كوابيس ليلاً	٤٣				يبصق ويتف	٤٤				يتقيأ	٤٥			
لا يظهر غضبه	٤٦				يرفض الانصياع للاوامر	٤٧				يشكو من الصداع	٤٨			
يكلم شبيه	٤٩				يتمارض	٥٠				يتعلق بامه	٥١			
لا يدافع عن نفسه	٥٢				يحب ان يغيظ	٥٣				يتعلق بابيه	٥٤			
تجرح مشاعره بسهولة	٥٥				ينفجر بالغضب	٥٦				يلتصق بالكبار	٥٧			
يتهته بالكلام	٥٨				يكثر من الحركة والتنطيط	٥٩				يتصرف على الأطفال	٦٠			
يصعب عليه الكلام	٦١				لا يستمر في نشاطه	٦٢				يفزع بسهولة	٦٣			
يتكلم بطريقة لاتفهم	٦٤				لا يكترث لما يقال له	٦٥				ينزع ملابسه علناً	٦٦			
يخشى الخروج من البيت	٦٧				يتشتت انتباهه	٦٨				لاياكل جيداً	٦٩			
يتحدث مع نفسه	٧٠				يضحك مع نفسه بسرعة	٧١				وزنه يتناقص	٧٢			
لا يستجيب للاطفال	٧٣				لا يستجيب للاقارب	٧٤				ياكل بشراهة	٧٥			
لا ينتبه	٧٦				اشياء اخرى .. الخ ..									

* أى ملاحظات أو مشكلات تحب أن تضيفها .. أضفها هنا ....

....

وتساعد هذه البيانات على تحقيق شيئين رئيسيين :

١- تبين لنا - كميا - مقدار شيوع هذا السلوك بما فى ذلك الأوقات أو الظروف التى ترتبط بزيادة أو نقص حدوثه.

٢- تعطينا فرصة لمتابعة التطورات العلاجية بهذا السلوك وبذلك يمكننا تقييم الخطط العلاجية المستخدمة بكل دقة.

الخطوة الثالثة: السوابق واللواحق :

نحتاج فى هذه الخطوة إلى التحديد الدقيق للظروف السابقة أو المحيطة بالطفل عند ظهور السلوك غير المرغوب.

مثال: الطفل يتهجم على الأم فى الأوقات التى تكون فيها مشغولة بنظافة أو اطعام أو مداعبة أخته الصغرى.

وتتطلب هذه الخطوة أن نستكشف من خلال دراسة الحالة ولقاء الأبوين متى بدأ هذا السلوك الخاطىء فى التكوين.

مثلا: بدأ الطفل يستخدم أسلوب البصق منذ سنة عندما لاحظ أن والده قد فعل ذلك مرة مع أحد الاخوة، أو عندما ضحك الأب فى السابق عندما رأى الأخ الأصغر يبصق على أمه.

كذلك يجب أن نحدد الاستجابات البيئية أثر ظهور السلوك غير المرغوب.

مثلا: قام الأب بضربه أو شتمه عندما رآه يبصق.

وتمثل الاستمارة المرفقة (**السوابق واللواحق السلوكية**) نموذجا جيدا لتقدير الاستجابات البيئية لسلوك المرضى. وبالنظر إلى هذه الاستمارة نجد أنها تغطى هذه الجوانب :

١- أنواع السلوك مصدر الشكوى (ضرب - شتائم - بصق ....الخ).

٢- تاريخ حدوثه.

٣- الوقت الذى استغرقه.

٤- مع من حدث (الأب - الأم - أحد الاخوة - الزملاء).

٥- كم مرة يحدث فى اليوم (بالاستعانة بالبيانات الواردة فى استمارة الملاحظات وحد الانتشار (Base Line Data).

٦- ما الذى حدث قبل ظهور السلوك (انشغال الأم عنه، حضور الأب من الخارج - رفض طلب له - اثر مشادة - بعد توبيخه أو معايرته ... الخ).

٧- كيف استجاب الآخرون (كالأسرة أو المدرس أو المشرف) للسلوك (الأمر بأن يسكت - تقييد الحركة - الضرب).

٨- ما هى المكاسب التى جناها الطفل من جراء سلوكه الخاطىء (حصل على اللعبة التى كانت موضوعا للشجار - عدم الذهاب للمدرسة .... اثارة غيظ الأسرة).

٩- أى ملاحظات أو تخمينات ترتبط بظهور المشكلة (غيرة - صراع بين الأبوين - طلاق -عطلة - عادة شهرية - احتمالات ممارسة عادة سرية ... الخ).

جامعة الملك فيصل

مستشفى الملك فهد الجامعي بالخبر

قسم الطب النفسي/العيادة السلوكية

جدول (٥) (استمارة ملاحظة)

السوابق واللواحق السلوكية

إسم الشخص : ________________

التعليمات : فيمايلي بعض جوانب السلوك أو المشكلات التي تصدر عن البعض. من المطلوب أن تقرا ماهو هذا السلوك وأن تضع دائرة حول إحدى العبارات المرصودة بالخانة الأولى من الجدول التالي.. إملأً بقية الخانات بحسب ماهو محدد في كل منها :

م	السلوك	تاريخ حدوثه	الوقت الذي إستغرق	كم مرة في اليوم	ما الذي حدث قبل ظهور السلوك	الإستجابة اللاحقة من الشخص أو الآخريين	ما هي المكاسب التي عادت عليه من جراء السلوك	اكتب هنا أي ملاحظات أرتبطت بظهور المشكلة
١ ٢ ٣ ٤ ٥ ٦ ٧ ٨ ٩ ١٠ ١١	ضرب أو إعتداء تحطيم ملكية شتائم إضرار بالنفس هروب بكاء وصريخ فزع تحرش رفض الإستجابة لأمر التبول أو التبرز اللاإرادي على النفس مشكلات أخرى				١- إثر رفض الطلب ٢- إثر توبيخه ٣- إثر نهيه عن شئ ٤- إثر مشادة ٥- إثر اللعب مع الأخوة ٦- أحد الأفراد خاطبه بصوت عال ٧- قبل الذهاب للمدرسة ٨- الإنشغال عنه ٩- تجاهلنا طلبه ١٠ معايرته ١١- مقارنة بأحد أخوته ١٢- قبل النوم ١٣- الأعداد لإستقبال زائرين ١٤- الإعداد للخروج ١٥- حوادث أخرى ..	١- الأمر بأن يسكت ٢- تهديد ٣- تقييد الحركة ٤- الخصام ٥- حرمانه من ممتلكاته ٦- عزله في مكان منفرد ٧- الضرب ٨- سؤاله عن سبب المشكلة ٩- التوسل أن لا يفعل ذلك ١٠- توجيه إنتباهه لنشاط بديل ١١- الربت على جسمه ١٢- تغيير موضوع الحديث ١٣- أشياء أخرى تذكر	١- الإنتباه له ٢- الإستيلاء على شئ ٣- عدم الذهاب للمدرسة ٤- الهروب من أداء الواجب ٥- عدم التنظيف ٦- عقاب أحد الأخوة . ٧- عدم النوم في الوقت ٨- تغيير مكان النوم ٩- أي مكاسب أخرى تراها	مثلاً :- مولود جديد غيره إنفصال مرتقب عن الأسره شكاوي جسمية تغييرات بيلوجية كالعادة الشهرية عند الفتيات مشادات في الأسرة طلاق زواج حديث أيام العطلات أيام الدراسة التعرض لزائرين أو غرباء أوقات معينه بالليل أو النهار أي تغييرات جديدة خاصة بالاسرة أو الشخص أو العمل تذكر :-

استخدم إستمارة مستقلة لتقيم كل مشكلة سلوكية على حده .

الخطوة الرابعة :برنامج العلاج والخطة العلاجية:

أنت الآن فى وضع يمكنك من تصميم الخطة العلاجية. فقد اكتملت لديك صورة واضحة عن أنواع السلوك المرضى (المحورى) التى تريد أن تعالجها... وأصبحت لديك بيانات وافرة عن شيوع هذا السلوك، المكاسب التى يجنيها منه الطفل... فضلا عن هذا توفرت لديك بيانات عن التدعيمات السابقة والتدعيمات اللاحقة والتى تساهم فى تقوية هذا السلوك. يصبح الطريق ممهدا للخطة العلاجية التى يجب أن تتضمن ما يأتى:

أ- **تحديد الأهداف النوعية**: التى تتطلع لانجازها. ويفضل المعالجون السلوكيون أن يتم تحديد هذه الأهداف **بشكل ايجابى.**

مثال : بدلا من أن يكون الهدف هو :

«التقليل من الشتائم والألفاظ النابية بنسبة ٥٠٪ فى الأسبوع الأول»

يصوغ المعالج الهدف بالشكل الآتى:

« تزايد نسبة الابتسام، أو الحوار اللفظى بنسبة ٥٠٪ فى الأسبوع الأول ».

مثال آخر: بدلا من التوقف عن المجادلة قل: «تزايد نسبة الاصغاء» أو «تزايد نسبة القاء الأسئلة » أو«تزايد السلوك الدال على التعاون». (حدد ذلك نوعيا).

وضح فى الخطة الشروط أو الوسط الذى سيحدث خلاله السلوك الايجابى، فضلا عن تحديد محكات أداء هذا السلوك الايجابى.

مثال : اذا كان الهدف هو تزايد السلوك التعاونى فى الأسبوع الأول بنسبة ٥٠٪ تكون محكات هذا التزايد مثلا: (أ) الوقت الذى يقضيه الطفل .. مع والدته فى المطبخ، (ب) عدد المرات التى يعيد فيها بعض الأدوات المنزلية إلى أماكنها المعدة لها، (ج) كم مرة قام بترتيب سريره فى الأسبوع. (د)يساعد الأم فى تنظيف أو مداعبة الأخ أو الأخت الصغرى.

بعبارة أخرى يمكن تقدير محكات السلوك الايجابى اما فى شكل تحديد مقدار الوقت أو الزمن الذى يقضيه فى أشياء مرتبطة بهذا السلوك، أو باحصاء عدد أو كمية النشاطات السلوكية المتنوعة التى يمكن تفسيرها بشكل ايجابى فى فترة زمنية (خلال كل ساعة مثلا).

ب- **أشرك الوالدين والطفل فى وضع البرنامج** : فمن خلال التعاون معهما يمكن أن تحدد المدعمات الايجابية والسلبية التى ستعوق ظهور السلوك المرغوب أو تيسر ظهوره.

ج- استعن **بقائمة التدعيمات اللفظية أو المصورة** (٧ ، ٨). وحاول فى اختيار هذه المدعمات أن تكون ملائمة للعمر ومتنوعة وأن تقدم حسب خطة التدعيم، وأن تكون لاحقة أو مرافقة لأى تغيرات مرتبطة بظهور السلوك الايجابى.

د- وجه انتباه الوالدين إلى ضرورة **الاكثار من التدعيم عند ظهور** الجوانب المرغوبة.

هـ- يجب أن تتضمن الخطة كل **الأساليب الفنية** (أنظر جدول٧) التى ستستخدم لتدعيم ظهور السلوك المرغوب، وايقاف أو تقليل السلوك غير المرغوب.

مثلا: سيستخدم الأبوان طريقة الابعاد المؤقت لمدة خمس دقائق فى المطبخ

اذا بدأ فى نوبات الغضب أو الاعتداء.

مثال آخر: سيقوم الطفل بتنظيف أوانى المطبخ اذا لم يبدأ فى عمل واجباته المدرسية فور الانتهاء من طعام الغذاء.

و- ينبغى أن تشتمل الخطة أيضا على خطة زمنية لتقييم هذا البرنامج ... وكن متسقا مع الأبوين فى ذلك .. وشجعهما على الاتساق مع الطفل فى ذلك.

الخطوة الخامسة: بناء توقعات علاجية :

وتتضمن هذه الخطوة على اقتراحات منها:

أ- تشجيع **الاتجاه الايجابى لدى الطفل والأسرة** بأن السلوك الايجابى والتغيير سيحدثان حتما. شجع الأسرة على خلق شروط تساعد على ظهور أنواع السلوك الايجابية المرغوبة أكثر من التركيز على مراقبة وعقاب السلوك غير المرغوب.

مثلا:

جلسات أسرية - ثلاث مرات أسبوعيا لمدة نصف ساعة - يحجم خلالها الأبوان عن التأنيب أو النقد. ويتبادلون الحوار خلالها عن الأشياء الايجابية التى يتمتع بها الطفل وأفراد الأسرة الداخلين معه فى عملية التفاعل. يتخلل هذه الجلسات بعض النكات المرحة، والقرب البدنى والربت.

مثال آخر :

أى سلوك أو نشاط يصدر عن الطفل ويمكن اعتباره ايجابيا سيؤدى إلى مكافأة الطفل اما لفظيا أو بدنيا أو بتسجيل هذا السلوك فى كراسة معدة خصيصا لذلك.

ب- ينبغى تقسيم السلوك - الهدف - إلى أقسام أو **خطوات فرعية** ... مع تشجيع كل خطوة عند ظهورها:

مثلا: عندما لا يظهر لدى الطفل ما يدل على أى سلوك سلبى (غضب مثلا أو الحاح ، أو نحيب) لمدة ١٥ دقيقة سنذهب لنحاوره أو نتبادل معه بعض الأحاديث الودية بهدف اثابته على ذلك وزيادة هذه الفترة. سيزداد هذا الزمن تدريجيا كل أربعة أيام.

مثال آخر: سيقوم الأبوان أو المشرف بتدعيم الطفل ايجابيا (**حسب الخطة**) كلما ظهر منه ما يدل على التبادل فى العلاقات الإجتماعية (مثلا عندما يلاعب أخته الصغرى، أو عندما يعرض القيام بعمل شىء أو أداء نشاط مفيد).

مثال آخر : ستحدد للطفل قائمة بنشاطات أو واجبات صغرى أو بسيطة ينتهى أداؤها دائما بالنجاح .. واثابته على ذلك لاذاقته طعم النجاح فى العمل. ويمكن الاستعانة بوضع هذه النشاطات من خلال الملاحظة أو من القائمة المرفقة فى جدول (٦).

جدول رقم (٦)
قائمة نشاطات يمكن استخدامها
لخلق فرص النجاح أمام الطفل لأن أدائها دائما ينتهى بالنجاح

ترتيب الأواني تقليب الصحيفة أو المجلة وضع بعض الكتب في أماكنها الصحيحة الإستماع إلي أغنية أو الأخبار قراءة في جريدة أو خبر أو مجلة رواية خبر سمعه تواً ترتيب مكان... عمل الواجبات المنزلية	غسل وعاء عمل شاى أو قهوة كنس حجرته كنس حجرة أخرى كنس المطبخ.. الخ نقل طبق أو صحن لمكانه التعاون مع أحد أفراد الأسرة فى... تشغيل الراديو أو التليفزيون	إطفاء الراديو أو التليفزيون إطفاء الأضواء إشعال الأضواء تنظيف السيارة الكتابة تعلم خبرة جديدة حفظ تذكير شراء أشياء من الخارج	تنظيف طفل أخر غسل الملابس تجفيف الملابس تطبيق الملابس ترتيب أرفف طبخ تذكيرنا بشىء معين ...الخ

ج- ســاعــد الطفل على ابتكار أو **ممارسة نماذج سلوكية معارضة للسلوك الخاطىء** أو المرضى .. بحــيث لا يمكن أداؤه مع السلوك المعارض، ويستحيل حدوثه منطقيا وفعليا للتناقض والتعارض بينهما.

مثال : لتجنب نتف شعر الرأس أو الحاجب سيطلب من الطفل تبليل يديه أو ضمهما معا، أو استخدامهما فى آداء أى نشاط أطول مدة ممكنة (لا يمكن للطفل أن ينتف شعره بينما يداه مغلولتان أو مشغولتان بشىء آخر).

د- الاحتفاظ بسجل يومى للتقدم أو تعديل السلوك.

هـ- ادماج الآباء والاخوة والأصدقاء والزملاء والمدرسين ما أمكن فى خطة العلاج واطلاعهم عليها.

الخطوة السادسة : تعميم السلوك :

الآن وقد أمكن للطفل تعلم كثير من الجوانب الايجابية للسلوك يبقى تعميم هذا **السلوك الجديد على البيئة الطبيعية أو المواقف الحية.** اذ ينبغى تشجيع الطفل على تعميم خبراته الايجابية التى تعلمها فى المنزل تحت اشراف مهنى إلى مواقف جديدة كالأصدقاء.

ويتطلب ذلك اثارة دوافع الطفل وتحـفـيـزه بكل الوسـائل الممكنة على محادثات ايجابية .. الاحتكاك البصرى .. التعبير عن الإنفعالات بحرية .. الخ.

كذلك يمكننا أن نشجعه على استباق الاستجابات الملائمة للمواقف الخارجية من خلال لعب الأدوار، أو استباق التعبيرات الايجابية ، مثلا" :لقد أصبح الآن بامكانك أن تقوم برحلة مع أصحابك دون خوف أن تفقد أعصابك.

مقارنة بين المناهج السلوكية المختلفة

فى علاج اضطرابات الأطفال

يتميز المعالج السلوكى بمرونته وتكيفه مع متطلبات كل حالة ولهذا تتكاثر طرقه- كما وكيفا- تبعا لمتطلبات الحالة وطبيعة المشكلة. لكن تنوع هذه الطرق قد يثير أمام المعالج مشكلة تتعلق بأى هذه الأساليب يبدأ؟ وعلى أى أساس يختار أسلوبا دون أسلوب آخر؟ ومتى يجمع أكثر من اسلوب معا عند التعامل مع الطفل؟

بعبارة أخرى، فقد يجد الخبير النفسى السلوكى فى ميادين الممارسة الطبية أو الإجتماعية أو التربوية قد يجد فى تنوع هذه الأساليب مايربكه عندما يريد أن يستخدم هذا الأسلوب دون ذاك.

والحقيقة أن جميع هذه الطرق التى يعرضها الجدول الأتى- جميعها- إذا عاملناها بوجهة نظر علمية بحته- قد خضعت للتجريب العلمى والبحث. ولهذا فإنه لاتوجد طريقة منها أفضل من الطرق الأخرى.

لكن المعيار الملائم، الذى نرى أن يراعيه المعالج عند إختيار أسلوب دون اخر هو أن يكون ملائما لطبيعة المشكلة. فمن المؤكد أنه توجد أساليب أكثر ملائمة من الأساليب الأخرى بالنظر إلى نوع المشكلة أو الإضطراب. ويبين الجدول الآتى الذى إعتمدنا فى صياغته على عدد معين من المراجع االمتقدمة فى العلاج السلوكى تفصيلا للأساليب السلوكية التى تعالج اضطرابات الطفل وما تصلح له من مشكلات.

جدول (٧)

بيان بأنواع مشكلات الطفل
ومايلائمها من أساليب سلوكية

الأساليب العلاجية	أنواع المشكلات التي يستخدم لعلاجها بفاعلية
١- التطمين المتدرج(التعرض التدريجي) لمنبه منفر والتعامل معه بأقل قدر من الحساسية (تدريج الحساسية)	المخاوف المرضية، القلق، العزلة والتجنب الإجتماعي التعامل الإجتماعي مع العداوة الخارجية ومواقف التهديد
٢- مناهج التدعيم: التدعيم الإيجابي ، التدعيم الذاتي	مشكلات النطق واللغة، الحركية (الحركة المفرطة)، الصراعات الإجتماعية، العدوان، المخاوف المدرسية، إضطراب العادات الصحية (كالتبول اللاإرادين التفوط، نظافة الفم والبدن)
الإقتصاد الرمزي	مشكلات الطعام (نقص الشهية الشراهة، العزوف عن الطعام إضطرابات الإنتباه،تدريب المهارات الدراسية، إضطرابات السلوك، (السرقة، المشاجرات، الكذب، تعاطي المخدرات)، صعوبات التعلم (مشكلات القراءة والكتابة وتنظيم عادات الدراسة).
٣- التشكيل والتقريب التدريجي والدراسية والدراسية(تنظيم	إكتساب المهارات الحركية (الكتابة، تنظيف النفس)المهارات الإجتماعية (الحديث، اللغة البدنية) والدراسية(تنظيم جدول العمل).
٤- الإقتداء ومحاكاة النماذج	المخاوف والسلوك التجنبي أو الهروبي، جوانب القصور في السلوك الإجتماعي (الخجل، التعبيرات البدنية، مهارات الحديث، مهارات الحركة، مشكلات الجنوح) ،
٥- ضبط المنبه	إضطرابات التعلم، الإفراط أو النهم، المعاندة .

تابع جدول ٧
بيان بأنواع مشكلات الطفل
ومايلائمها من أساليب سلوكية

الأساليب العلاجية	أنواع المشكلات التي يستخدم لعلاجها بفاعلية
٦- الإنطفاء (سحب التدعيم الإجتماعى، والتجاهل)	المشكلات السلوكية داخل الفصل الدراسى، الصياح، العدوان، النهنهة، البكاء، لفت الإنتباه، التفاخر، التبجح المقاوحة، الإفراط فى الملبس أو المظهر.
٧- التشبع بالمنبه	إشعال النيران-بعض حالات السلوك القهرى
٨- التصحيح المتكرر	السلوك الفوضوى
٩- الإبعاد المؤقت	السلوك التخريبى- المشاجرات والعراك، الشتائم- النحيب.
١٠-تكاليف الإستجابة	نوبات الغضب Tantrums العدوان- السرقة التململالإفراط الحركى داخل الفصل الدراسى الجنوح- إشعال النيران- الفوضوية في السلوك.
١١- تدريب المهارة(بما فيها تأكيد الذات- تدريب المهارات الإجتماعية- لعب الأدوار)	نواحى الضعف فى السلوك الإجتماعى بما فيها الخجل- عدم القدرة على رد الإهانات- التعامل مع العداوة الخارجية-العجز عن التعبير عن النفس.
١٢- لعب الأدوار أو ممارسة أدوارمعارضة	نواحى القصور فى السلوك الإجتماعى- المشاحنات الأسرية بما فيها المواجهات التى تحدث بين المراهق وأسرته.

تابع جدول ٧

بيان بأنواع مشكلات الطفل

ومايلائمها من أساليب سلوكية

الأساليب العلاجية	أنواع المشكلات التي يستخدم لعلاجها بفاعلية
١٣- التعديل المعرفى الإنفصال- وتدريب المهارة على حل المشكلات	مواجهة الأزمات الطارئة- المواقف الحرجة مثل الإنفصال-قلق الموت- السلوك الإدمانى- مواقف الصراع-المخاوف- العدوان- مواقف التوافق مع الضغوط.
١٤- مناهج ضبط الذات -. الحوار الداخلى مع النفس	الصراعات الإجتماعية- الإندفاع- الخوف- التقاعس عن الأداء الأكاديمى- الإفراط الحركى- ضعف الدافعية للعمل والنشاط .
١٥- التدريب الإجرائى بحسب خطط تقوم على المكافأة الذاتية و العقاب الذاتى	التبول اللاإرادى- السلوك الفوضوى- زيادة السلوك الإيجابى
١٦- الإتفاقات المتبادلة والتعاقد مع المريض	السلوك التخريبى- السرقة- الصراخ- الصراع- رفض المدرسة، أو الهروب منها .
١٧- مراقبة الذات عند ظهورالسلوك	زيادة الوزن أو السمنة- الهزال- مشاكل السلوك الوالدى .

تحذيرات وتنبيهات متعلقة بإضطرابات الأطفال

يجب بادىء ذى بدء أن نتحاشى التسرع والعجلة فى وصف طفل معين بالقلق أو الإضطراب النفسى. ويتطلب ذلك أن نميز بوضوح بين ما هو مشكلة تحتاج للعلاج، وما هو شىء أو اسلوب تفرضه متطلبات النمو. من المعروف مثلا أن الفترة من سنتين إلى أربع سنوات- فيما يوضح لنا علماء نفس النمو- تعتبر من أشق المراحل فى تربية الطفل، لما فيها من حركة ونشاط وإستكشاف للبيئة. ولهذا يكون من الطبيعى أن يتسم سلوك الطفل وتصرفاته بمظاهر قد يفسرها الوالدان خطأ على أنها نوع من التخريب والحراكية وقد تدفع المتعجل إلى أن يتصور أن هناك شيئا مرضيا لدى هذا الطفل. إن التدمير والتخريب والعدوان والحركة الشديدة فى هذه المراحل هى- فحسب- نابعة من تشخيصات الآباء وأنزعاجهم ولكنها بالنسبة للطفل تطور طبيعى، وإكتشاف لقوانين الطبيعة وحب الإستطلاع.

فضلا عن هذا، فإن غالبية مشكلات الطفل لاتنتج عن الإضطراب بمقدار ماتصدر عن عدم الخبرة، والجهل، ومن ثم فإن جهودا كبيرة قد تبذل فى محاولات العلاج، وإستشارة الخبراء يمكن إختصارها بإعطاء معلومات دقيقة ومفصلة عن كيفية أداء السلوك السليم، أو كيفية أداء النشاطات المختلفة بكفاءة.

ويدرك المعالج الحصيف، أيضا، أن الغالبية العظمى من مشكلات الأطفال تكتسب بسبب أخطاء فى عملية التعلم أى نتيجة لأخطاء بيئية. فالطفل الذى يحاكى مايلاحظه فى أبيه أو أخوته من إندفاع أو عدوان، أوأصوات عالية وكلمات نابية لا يدرى أنه بمحاكاته تلك يتعلم سلوكا مرضيا أو شاذا, ولهذا تبين البحوث أن إضطرابات الأطفال تكون تعبيرا مباشرا

عن أخطاء أو إضطرابات فى البالغين أنفسهم. ولحكمة ما جرت عادة أن المعالج النفسى لا يحكم على سلوك الطفل بمعزل عن سلوك المحيطين به. وربما لهذا السبب نجد أن البحوث تكشف عن تزايد فى مشكلات الأطفال إذا ماكان الجو الأسرى نفسه مفعم بالمشاكل والصراعات.

وإذا كان **تشخيص** مشكلة الطفل لايجب أن يتم بمعزل عن الظروف الإجتماعية والأسرية، فإن **العلاج** السلوكى يتطلب أيضا ذلك. ولهذا فإن المعالج النفسى السلوكى يحتاج إلى تعاون البالغين والمربين والزملاء والمشرفين على الطفل. بعبارة أخرى، فإن العلاج السلوكى عملية نشطة يساهم فيها المعالج والطفل والآباء (أو بدائلهم) جميعا. وهى عملية ممتدة أى أن تنفيذها لا يقتصر على الساعة التى يمضيها الطفل فى العيادة النفسية، بل يجب أن تمتد للأسرة أو المدرسة أو كليهما معا.

ويجد المعالج السلوكى فى أحيان كثيرة أن علاج مشكلات الطفل بطريقة ناجحة لا يقتصر على علاج الطفل بل قد يتطلب علاجا وتعديلا فى سلوك البالغين أنفسهم. ومن ثم فقد يمنح بعض وقته وجهده للأسرة محاولا إرشاد أفرادها إلى طرق أسلم من التفاعل والتصرفات.

مراجع وتعليقات

1. kazdin, A.E. (1990). Conduct disorders. In A.S. Bellack et al. (Eds.) ***International handbook of behavior modification and therapy***. New york *: Plenum press (PP. 669-706).*

2- Williams, L. et al. (1993). Pharmacotherapy of aggressive behavior in individual with Mentel Rentel Retardation and Mental Illness. ***Jaurnal of Developmental & Physical Disability***. vol, 5,1, 87-94 .

3- Americom Psychiatric Association (1987). ***Diagnostic and statistical manual of mental disorders***. 3 rd Ed. - Revised. Washington, D.C. : APA.

4- Kaslow, N.J., & Racusin, G.R. (1990). Childhood depression. In A.S. Bellack et al. (Eds.), ***International handbook of behavior madification and therapy*** . New York : Plenum press (2nd Ed., 547-565) .

5- Levis, D.J. (1990) . The experimental and theoretical foundations of behavior madification. In A.S. Bellack et al . ***International handbook of behavior madification and therapy*** . New York : Plenum Press (2nd Ed., 27-52) .

6- Wolpe, J., & Lang, P.J. (1964). A Fear survey Schedule for use in behavior therapy. ***Behavior Research and Therapy***, . 2, 27-30 .

٧- إبراهيم (عبد الستار) ، الدخيل (عبد العزيز بن عبد الله) ، إبراهيم (رضوى) (١٩٩٣) التناول السلوكى لإضطرابات الطفولة والمسلمات الأساسية فى علاجها . ***مجلة علم النفس*** (مصر) ، ٦ ، (ص ص ٦ - ١٦) .

٨- إبراهيم (عبد الستار) ، الدخيل (عبد العزيز بن عبد الله) ، إبراهيم (رضوى) (١٩٩٣) . موجتان من التطور بحركة العلاج السلوكى . ***مجلة علم النفس*** (مصر) ٦ ، (ص ص ١٦ - ٢٦) .

٩- إبراهيم (عبد الستار) ، الدخيل (عبد العزيز بن عبد الله) ، إبراهيم (رضوى) (١٩٩٣) . إجراءات العلاج السلوكى للطفل وخطوات تنفيذه . ***مجلة علم النفس*** (مصر) ، ٧ (ص ص ٦٠ - ٧٢) .

الفصل الحادى عشر

الإضطرابات العصابية والقلق

تحليل سلوكى للشخصية العصابية

العصابى ذو شخصية تسهل إستثارتها، وشخصية العصابى بهذا المعنى تعبر عن إنفعال المريض بالأحداث التافهة، وتتصف بالمشاعر والأحاسيس المليئة بالتهديد والتشاؤم، والسلوك المتسم بعدم الإستقرار أو التفكير الميال للمبالغة والتطرف.

ويعتبر وجود العصاب الشرط الرئيسى للقلق المرضى. إن العالم الخارجى- فيما يقول العالم النفسى المعاصر "جان داير"John Dyer (١) لايوجد به قلق، ولايوجد به خير أوشر، القلق هو خبرة نخلقها نحن ثم نطرحها على العالم بعد ذلك.

ويعبر الطبيب النفسى " جرينبرج" عن معنى مماثل فيقول: إن أنواع القلق مهما إختلفت تنبع من نفس المنبع الذى يتمثل فى وجود نمط عصابى فى الحياة يتميز بالإندفاع نحو أهداف متعارضة يناقض بعضها بعضا، وبالإتجاه للتعامل مع المستحيل، وبرؤية غير واقعية للعالم الذى نعيش فيه، وبإدراك مشوه لأنفسنا. وهو لهذا يرى أن العصاب هو الشرط الرئيسى للقلق (٢).

أما البرت اليس (Ellis) فهو يرى أن القلق هو هزيمة ذاتية، أى خبرة أو سلوك يهزم الإنسان من خلاله نفسه بنفسه. وهو بهذا يرى ولو بصورة غير مباشرة أن القلق يشترط وجود إستعداد ذاتى للهزيمة وللإنهيار(٣، ٤). حتى الأدباء والفنانون إنتبهوا إلى هذا المصدر الذاتى للقلق، نجد جبران خليل جبران يقول: وإذا كان خوف تود أن تبدده، فإنه يتربع فى قلبك أنت، وليس زمامه فى يد من تخاف"(٥)

وإذا كان وجود شخصية عصابية لازمة رئيسية من لوازم إثارة القلق وتطوره، فإن القلق يعتبر أيضا سمةرئيسية تصاحب الإضطرابات العصابية حتى التى لا تبدو متسمة بالقلق بالضرورة. فحن نعرف مثلا أن هناك كثيرا من العصابيين يتحايلون على القلق والهروب منه، ويتظاهرون بالإبتسام والتفاؤل إلا أن سلوكهم أبعد ما يكون عن الصحة. من هؤلاء الأشخاص تلك الفئة التى نسميها بالعصاب الباسم أو الهستريا، ويسمون كذلك لأن الشخص يبدو أمام الأخرين أبعد الناس عن القلق والهموم، إلا أن سلوكه لا يمكن أن يكون متزنا أو ناضجا على الإطلاق بسبب تصرفاتهم الزاعقة، وشكواهم الجسمية عندما تواجههم أزمة، وتشنجاتهم العصبية عندما يطلب منهم القيام ببعض الواجبات أو المسئوليات الإجتماعية، ومحاولتهم الدائبة للإستحواز على إهتمام الآخرين، والعطف والرعاية.

وإذا أردنا أن نعرف الشخصية العصابية فمن الأيسر أن ننظر إليها على أنها مفهوم يصف أنواعا معينة من السلوك التى نصفها بالشذوذ

الإنفعالى والإضطراب النفسى. وثمة مجموعة من الصفات وجوانب من السلوك تبين خبرة علماء النفس والمعالجين النفسسين أنها تنتشر بين الأشخاص العصابيين، وتصف سلوكهم خلال تعرضهم للقلق وما يرتبط به من إضطرابات أخرى نوضحها فيما يلى-:

الجوانب الإنفعالية

١- الشخص العصابى من الناحية الوجدانية شخص تسهل إستثارته إنفعالياً ، شخص يميل بشدة للإستجابة الإنفعالية للبيئة ، صحيح أن الإنفعال بالناس والأشياء شيء مرغوب وجزء من الطبيعة البشرية فنحن نفرح ونسر عندما نحقق هدفا أو رغبة، ونخاف عندما يواجهنا خطر، وندهش ونشمئز، ونتألم ونحس بالذنب، ونغضب، ونعجب ونحب، هذه كلها إنفعالات محمودة ومرغوبة طالما أنها تصدر فى الوقت الملائم. لكن إنفعالات الشخص العصابى هي غير ذلك . أن ينشط الإنسان، ويعد نفسه لإمتحان وشيك شيء تتطلبه الحياة الإيجابية، وتفرضه متطلبات التكيف الإنسانى للمستقبل بتعقيداته وتغيراته. أما أن ننفعل بصور تعطل إمكانياتنا الفعلية، وتصيب أجهزتنا النفسية والعصبية بتوتر شديد لا يترك لنا طاقة لمواجهة المواقف الصعبة فهذه إستجابة عصابية تتشيع لها الشخصية العصابية، فيما تتشيع له من إستجابات إنهزامية.

إن السواء يتطلب أن نستغل إمكانياتنا على الإنفعال نحو إستجابات تكيفية تدفع للمزيد من التطور بإمكانياتنا على النجاح والتفوق، لكن الشخصية العصابية تصبح ضحية لما يحكمها من إستثارة زائدة وعدم إستقرار. يرى بيك(Beck)(٦) أن من مآس الإضطراب النفسى هو تلك الإستجابات العصابية الحادة. ونرى من جانبنا(٧) - أن الأوصاف المتعددة التى يصف بها العصابيون أنفسهم مثل:

«أشعر أننى لست أنا»

« أحس أننى فى سجن»

« أشعر أننى شخصية مقيدة»

« إننى ممزق»

« إننى على حافة الجنون»

هذه الأوصاف التى تشيع بكثرة فى أحاديث العصابيين وأحكامهم على أنفسهم هى نتاج واضح لما تلعبه الإنفعالات الحادة فى حياة العصابيين.

وبالرغم من سيطرة الإنفعالات وشدتها، فإن الشخصية العصابية تستطيع أن تواصل العمل والنشاط. والإنفعالات- وما تخلقه من قيود داخلية شديدة وصراعات لا يفترض فيها بالضرورة أن تحرم الشخص من

الإستبصار وحالته. فالشخص العصابى يحس بأنه تعيس، وأن قلقه ومخاوفه لا أساس لها، وأن أحزانه على ما فات قد إنتهت وولت. العصابى يعرف ذلك ويصف نفسه أحيانا أنه يحتاج لمن يحميه من هذه المشاعر التى تشرف به على حافة الجنون. وهو فى ذلك يختلف عن المجنون الحقيقى (الذهانى) الذى يعيش مع جنونه دون إدراك لخطأ فى التصرفات والسلوك الشاذ.

٢- والشخص العصابى عادة ما يبنى خطة تكيفه للحياة على أساس الهروب والتجنب. فالمواقف التى تستثير إنفعالاته الشديدة غير المحتملة تتحول إلى أشياء كأنها غير موجودة بفعل التجنب. ولما كانت مصادر القلق والخوف فى حياة العصابيين متنوعة ومنتشرة. فإنهم يتحولون فى النهاية إلى كائنات عاجزة إنسحابية، وتتقلص حياتهم إلى حلقات ضيقة. وقد إنتبه « فرويد » إلى هذه الحقيقة منذ فترة غير قصيرة فوصف حياة العصابيين بأنها حياة تخلو من الإثارة وتمتلىء بالكف والقيود. وتبين البحوث الحديثة(٨) أن حياة العصابيين تتحول نتيجة للهروب والإنسحاب إلى الإغتراب والإنفصال. والشخص المغترب عادة ما يتجه إلى تجنب المشاكل بدلا من مواجهتها. ولهذا يتحول المغترب الى شخص يكتفى بملاحظة الحياة بدلا من أن يساهم فيها بشكل نشط. وإذا كان العصابى يعتقد أنه بتجنبه للعالم قد ألغى هذا العالم فهو على خطأ، لأنه فى الحقيقة قد أبعد نفسه عن العالم وأغلق ذاته، وحرمها من إمكانيات التحدى والتطور والإعتراف بشخصه .

والشخصية العصابية قد تبدو فى الظاهر ومن وجهة نظر الآخرين شخصية هادئة سهلة، يعتمد عليها. وهذا صحيح، لأن كثيرا من العصابيين بإنسحابهم عن العالم وبتتويجهم لأنفسهم كمراقبين للعالم يتجنبون الصراع من أجل المادة أو المركز أو القوة، ويتجنبون أن يطلبوا من الآخرين اسداء خدمة، وأحيانا ما يرفضون حتى الخدمة اذا قدمت لهم لأنهم قد يحتاجوا لرد الجميل، والاعتراف بالعالم والدخول فى علاقات اجتماعية نشطة

٣- والعصابى لا يحب أن يأخذ ولا يحب أن يعطى. ان متطلبات النضوج الإجتماعى تحتاج إلى توازن بين الأخذ والعطاء، وأن نعطى للآخرين باقتناع، وأن نتلقى منهم دون احساس بالذنب أو النقص. وقد تبدو رغبة العصابى فى العطاء على أنها شىء ايجابى ومحمود. والعطاء هو فعلا كذلك لكن رغبة العصابى فى العطاء أبعد ما تكون عن العطاء الناضج، لأن العصابيين يريدون فى أحيان كثيرة أن يثبتو للآخرين أنهم أفضل وأكثر قوة، وتأثيرا. والعطاء الناضج بالطبع لا يقتصر على العطاء المادى ويتجاوزه إلى العطاء من وقتك، ومشاعرك، واهتمامك بنمو الآخرين. وهناك من البحوث ما يثبت أن من العصابيين من يعجز عن اقامة علاقات اجتماعية بغيره تقوم على الثقة المتبادلة والتفهم، ولهذا تضعف قدرتهم على الأخذ والعطاء بشكل عام(٩) .

٤- واذا كان الإنسان العادى يستطيع أن يشكل سلوكه على حسب المواقف الإجتماعية التى يمر بها، وبالتالى يشكل قدراته على التعبير المناسب عن المشاعر، ويطور مهاراته الإنفعالية تبعا لذلك، فان الشخصية العصابية تجد **صعوبة واضحة فى التعبير الحر عن الإنفعالات.**

والحرية الإنفعالية مطلب رئيسى من مطالب الصحة والفاعلية، وتتضمن التعبير الطليق عن المشاعر الايجابية والسلبية على السواء. ان كثيرا من العلاقات الإجتماعية تتطلب اتصالا ايجابيا نشطا بالآخرين، ولهذا فهى تتطلب قدرا من تبادل مشاعر الود أحيانا، والغضب أحيانا أخرى، أو الضيق، أو الاعجاب. وتقل قدرة العصابيين على تبادل المشاعر بسبب عجزهم عن التعبير الحر عن الإنفعالات وتأكيد الذات. ولهذا نجد أن العصابى يقمع رغبته فى التعبير عن مشاعره الحقيقية أمام الآخرين، ويكتم معارضته واختلافه، أو يرغم نفسه على قبول أشياء لا يحبها، أو يعجز عن التعبير عن الحب والاستمتاع بالأشخاص أو الأشياء التى يحبها. ولهذا فان المشكلات الإجتماعية التى يأتى بها العصابيون تتوزع على قائمة طويلة متراوحة بين ذلك الذى يشكو من أنه يتحول إلى شخصية باهتة لا تحظى باحترام الآخرين، إلى ذلك الذى يتحول إلى العدوان الشديد والمشاكسة خوفا من فقدان الهيبة والتقدير، أو ذلك الذى تتذبذب حياته بين قطبى الخضوع والعدوانية.

٥- ويفتقد الشخص العصابى لغة الاتصال الإجتماعى السليم بالاخرين. فى الاتصال الإجتماعى السليم يتبادل شخصان أو أكثر معلومات أو أحاديث، أو مشاعر من شأنها أن تساعد على حل المشكلات وتخفيف الصراع بين الأطراف الداخلة فى عملية الاتصال. أنظر مثلا إلى أى علاقة اتصال اجتماعى كالاتصال الذى يتم بين الأب وأبنائه، أو الرئيس بمرؤسيه، أو الصديق بالصديق، أو الزوجة بالزوج .. فى كل هذه العلاقات قد تحدث خلافات أو صراعات، ويكون من شأن التفاعل السليم أن يؤدى إلى التخلص

من هذه الصراعات، وبالتالى إلى تعميق هذه العلاقات والانتقال بها إلى مستوى ايجابى أفضل. لكن انشغال العصابى بمشكلاته الداخلية ، وسوء تأويله للخلافات عندما تحدث غالبا ما يؤدى إلى انقطاع الاتصال السليم بالآخرين. وهناك نظرية تثبت أن اضطرابات الاتصال لدى العصابيين تظهر مبكرا فى علاقاتهم بالآخرين، وتتخذ ما يسمى بالرسائل المزدوجة. فمثلا يتصرف الزوج مع زوجته بطريقة معينة ولكنه يتوقع استجابة أخرى: يغضب عليها ويجرح مشاعرها ويلومها بعد ذلك لأنها اشتكت لوالديها متاعب حياتها الأسرية، والصديق الذى يكلف أصدقائه بعمل أشياء مستحيلة، فاذا عجزوا عن ذلك لامهم لضعف مشاعرهم، والأستاذ التحكمى الذى يطلب من تلاميذه أن يفكروا بشكل مستقل وناقد، فاذا انتقدوا عملا من أعماله أو استقلوا بعمل خاص بهم غضب وشعر بالاهانة من تصرفاتهم، والرئيس الذى يطلب من مرءوسيه أن يساهموا معه فى ايجاد الحلول واتخاذ القرارات الهامة لمصلحة العمل، فاذا فعلوا ذلك لامهم على تعديهم عليه وتخطيهم للأدوار المرسومة لهم. حتى بين الأطفال نجد أمثلة كثيرة تبين مدى التوترات التى يثيرها الطفل العصابى فى علاقاته الإجتماعية مع أقرانه وأسرته. فالطفل الذى يتعالى على أصحابه ويعاملهم بجفوة اذا ما تودد اليه، ويغضب منهم ويخاصمهم اذا ما هجروه، والطفل الذى يعتدى على أخته الصغيرة بالضرب، فاذا تدخلت الأم لحمايتها فلأنها تحبها أكثر منه، والطفل الذى يبكى اذا حرمته، ويبكى اذا أعطيته لأن ما تعطيه له أقل أو غير ما كان يريد ... كل هؤلاء الأطفال يمثلون نماذج جيدة لما نسميه بالسلوك العصابى عند الاتصال بالآخرين.

ولعل السمة المشتركة بين كل هذه الأمثلة هو أن الاتصال الإجتماعى فى الحالات العصابية دائما ما ينتهى بوجود ضحية أو أكثر. فالشخص هنا

يتصرف بطريقة معينة ولكنه يتوقع استجابة مختلفة. وبهذا يحول الأطراف الأخرى التي تتفاعل معه إلى ضحايا محكوم عليهم بالفشل مهما كان قرارهمواختيارهم. لكن الشخص العصابي قد يتحول نفسه إلى أن يكون ضحية. ففي كثير من الأحيان نجد أن الناس تبتعد وتتجنب مثل هذا الشخص بسبب محاولاته الدائبة لوضعهم في مواقف مستمرة من التأنيب واللوم مما تدفعهم للسلوك معه على نحو متناقض. وهنا تتطور وتتفجر المشاعر العصابية من قلق، واكتئاب، ومشاعر بالوحدة والعزلة، والمخاوف الإجتماعية، والتأنيب الذاتي وغيرها من المشاعر التي تبين أنها تشيع بكثرة بين العصابيين.

ونعتقد من جانبنا أن العصابي يعتبر بشكل ما ضحية لتصرفاته الإجتماعية الخاطئة وأن المشاعر العصابية التي تتملكه هي تجسيد قوى لأنواع العقاب الخارجي التي تفرض عليه من جراء سلوكه العصابي مع الآخرين.

أخطاء في التفكير العصابي

العصاب كاضطراب نفسي، لا يمكن عزله عن الطريقة التي يفكر بها الشخص، وعما يحمله عن نفسه وعن العالم من أراء ومعتقدات واتجاهات. وقد انتبه الفلاسفة والمفكرون منذ القدم إلى أن معتقداتنا تحكم سلوكنا، وأن التفكير في أمور الحياة بطريقة مبالغ فيها يصحبه الإضطراب والاستثارة، وأن التفكير في أمور الحياة بطريقة هادئة ومتعقلة تصحبه حياة وجدانية

هادئة وسلوك ملائم متزن.

ويعود الفضل لعدد من علماء النفس المعاصرين للتطور بهذه الفكرة الفلسفية وباخضاعها للمحكات التجريبية، بما أثبت أن استجاباتنا الإنفعالية بما فيها القلق العصابى تكون نتيجة للطريقة التى يفكر الشخص بها فى نفسه وفى الآخرين، وليس بالضرورة لخصائص موجودة فى الخارج. حتى الاستجابات العضوية يمكن أن تتغير بتغير اتجاه التفكير. فقد بينت التجارب الحديثة أن الجهاز العصبى يجنح للاستثارة الزائدة عندما كان يطلب من الأشخاص أن يفكروا فى موضوعات ذات طابع مثير جنسيا، بينما يجنح للهدوء والسكون اذا كانت هذه الموضوعات من النوع الساكن أو الحزين.

تثبت دراسة الشخصية العصابية أن الأشخاص الذين يميلون للقلق والإضطراب الإنفعالى عادة ما يتشيعون لاعتناق عدد من الأفكار اللامنطقية، هى التى تقود لأنواع القلق التى يعانون منها (١٠، ١١، ١٢، ١٣).

وقد أوضحنا فى كتاب سابق (١٤) عددا من المعتقدات الفكرية الخاطئة التى ترتبط باضطرابات النفسية والعقلية، وأوضحنا أن الشخصية العصابية تتصرف بطريقة أقل مما تسمح به امكانياتها. ولأن الشخص العصابى يتصرف بطريقة غير متعقلة، وغير واقعية فانه يوقع - نتيجة لذلك - الهزيمة بنفسه عند تحقيق أهدافه بالرغم من قدراته المتعددة. وتوضح هذه الحالة نموذجا طيبا لهذه الخاصية:

«فتاة فى الثانية والعشرين من العمر فى قسم اللغة الانجليزية باحدى

الجامعات المصرية ... كان سجلها الأكاديمى المتفوق وتنشئتها فى أسرة ذات درجة عالية من التفوق والنجاح الإجتماعى .. كان كل ذلك يوحى أنها ستواصل دراستها العليا بنجاح وتفوق ... فتقديراتها كانت دائما فى فئة الجيد جدا .. وقد ساعدها على النجاح والتفوق سفرياتها المتعددة إلى الخارج مع أسرتها التى أتقنت خلالها اللغة الانجليزية حديثا وكتابة، مما أضاف إلى سجل تفوقها فى دراسة اللغة الانجليزية، وبالتالى كل التنبؤات التى نسجت حولها أنها ستكون ذات شأن فى دراستها. ولكنها رفضت بعد تخرجها أن تواصل دراستها لأنها كما قالت تكره الأدب الانجليزى وتجد صعوبة فى دراسة موضوعاته. ورفضت أيضا عملا بدأته باحدى الهيئات الأجنبية. وكان هذا العمل بكل المقاييس عملا مرموقا من الناحية المادية والإجتماعية. وقالت أنها تفضل أن تبقى فى المنزل لاعانة أسرتها.. التى لم تكن فى واقع الأمر محتاجة للرعاية.

وقد كشفت محاولتنا لفهم الدوافع المرتبطة بسلوكها .. أنها لم تكن فى واقع الأمر تكره دراسة اللغة الانجليزية أو الدراسة، ولكنها كانت تخشى من فشلها فى تحقيق الطموح المتعسف للأبوين لاكمال دراستها العليا. بعبارة أخرى كانت تردد بينها وبين نفسها هذه الفكرة: ان والدى يريدان منى أن أكون قادرة دائما على النجاح والتفوق، ولكنها ستكون كارثة لو أننى لم أثبت قدرتى على التحدى والمنافسة والتفوق فى كل الجوانب الممكنة." ولم تكن على غير وعى بأهمية العمل الجديد .. ولكنها كانت تشعر – فيما عبرت – أنها عندما تذهب إلى هناك فى هذا الجو الأجنبى المصطنع تشعر أنها وحيدة ومنبوذة ولا تتوافق جيدا مع زملائها وزميلاتها. لكن اجاباتها عن

أسئلتنا بينت بأن هذا الشعور ما هو الا استمرار لاعتقادها الخاطيء "أن من المحتم أن يكون الإنسان مؤيدا ومحبوبا من الجميع، وأن يؤيده ويقبله الجميع، واذا لم يكن ذلك ممكنا فانها ستكون كارثة ومصدرا لكل المنغصات." بعبارة أخرى لم يكن شعورها العصابى وسلوكها المتطرف الأحمق نتيجة لأنها بالفعل منبوذة وانما لمبالغتها فى ادراك التقبل الإجتماعى من الآخرين، وما تضعه من "حتميات" وقيود على تصرفاتها وادراكاتها للآخرين. وهو ما أدى بعد ذلك إلى محاولة تجنب القلق بالهروب تماما من المواقف التى تثيره.

لقد كانت هذه الفتاة فى حاجة إلى أن تعرف أن سلوكها الأحمق أحيانا، ما هو الا نتيجة لمعتقدات غير عقلانية فى إمكانياتها وقدراتها وكانت تحتاج إلى أن تعرف أن رفضها للدراسة والعمل ما هو الا تعبير عن مخاوف لا منطقية تسندها اعتقادات خاطئة. وكان يجب أن تتشجع على مواجهة مخاوفها ومصادر هذا الخوف بدلا من الهروب والتجنب. ولو كانت تتلقى علاجا نفسيا لكان من الضرورى أن تستبدل فكرتها أنها يجب أن تنجح دائما وأن تكون قادرة على التحدى والمنافسة فى كل الظروف، بفكرة أخرى مقبولة وصحية كأن تنظر للعمل والدراسة على أنها ليست مواقف منافسة بل هى مصادر للاشباع النفسى وتحقيق الذات، والمتعة فى التمكن من آداء شيء باتقان. أما اعتقادها الآخر بأن من المحتم أن تكون محبوبة ومقبولة من جميع الزملاء والزميلات فيجب أن تستبدل باعتقاد أسلم لصحتها النفسية والعقلية كأن تؤكد على احترام الذات بالإضافة «للحب» ، أو تقديم الحب بدلا من « توقع الحب »، واتخاذ رؤيا ايجابية للعلاقات الإجتماعية فى ميدان العمل تمكنها من التفاعل بالزملاء والزميلات بقدر

معقول ومرتبط بأهداف عملية محددة.(انجاز العمل، الترقية، تحسين بعض الخدمات .. الخ). كانت تحتاج ببساطة لمعرفة الأفكار اللاعقلانية التى تحكم سلوكها وتصرفاتها، وأن تحددها تحديداً دقيقا، ثم أن تعمل على مواجهتها وتحديها بعد ذلك وبصورة دائمة تمكنها بعد ذلك من التطور بسلوكها إلى الصحة، والفاعلية والمواجهة، بدلا من القلق، والهروب، وتجنب الفشل

والمبالغة خاصية أخرى تميز تفكير العصابيين، وتظهر المبالغة فى اضفاء دلالات مبالغ فيها عند التعامل (أو الاقبال على التعامل) مع العالم أو الواقع، وذلك كتصور الخطر والدمار. ومن الثابت أن المبالغة فى ادراك العالم بتصور أنه ملىء بالخطر يميز الأشخاص المصابين بالذات بحالات القلق. فالشخص القلق يتوقع دائما الشر لنفسه ولأسرته، أو لممتلكاته، ويتوقع أن يفقد مركزه أو وظيفته أو الأشخاص المهمين فى حياته. والشخص القلق يبالغ فى تصور خبرات قد تكون محايدة فى علاقاته بأصدقائه، أو أقاربه، أو رؤسائه، أو أسرته. فتأخر الأطفال فى المدرسة قد يفسر على أن خطرا قد لحق بهم، ومرض أحد أفراد الأسرة قد يعنى أن هذا الشخص سيوشك على الموت، وحديث ايجابى (من قبل الزوجة أو الزوج) عن شخص آخر قد يعنى أنها كراهية لنا أو تحقير، وتجاهل الآخرين لنا (ولو كان غير مقصود) وعدم مبادلتنا التحية، يعنى احتقارا لنا، أو مؤامرة تحاك ضدنا، وألم فى الصدر أو نوبة برد مفاجئة قد تفسر على أنها مرض خطير أو أزمة قلبية.

فضلا عن المبالغة هناك التعميم من الجزء إلى الكل. ويعتبر التعميم المتعسف من حادثة جزئية إلى حوادث أخرى من الأخطار الفكرية التى تبين أنها تلعب دورا حاسما فى حالات العصاب. فاذا فشل العصابى فى تحقيق

هدف ولو صغير فإن هذا قد يعني لديه :"أنني انسان فاشل لا يحسن التصرف" .وبعد صديق أو رفيق عنه قد يعني" :أنه لا توجد صداقة وأن العلاقات الإنسانية مزيفة." ويعتبر التعميم الخاطىء أيضا من العوامل الحاسمة فى اكتساب المخاوف المرضية بأشكالها المختلفة. اكتساب الخوف من حيوان معين، أو حشرة يتعمم بعد ذلك على كل الحيوانات أو الحشرات المماثلة، وعلى الأماكن المختلفة التى تشابه الأماكن التى حدثت فيها هذه الخبرة المخيفة. وقد بين «واطسون» فى تجربة رائدة له (١٥) أن تعريض الطفل لتجربة مخيفة مع فأر، بدأ يتعمم على كل الأشكال ذات الفراء المشابهه له كالأرانب، والكلاب، حتى المعاطف الفرائية، واللعب الفرائية تحولت إلى مصدر للخوف والرعب.

المبالغة والتعميم لو أنهما لازمتان من لوازم الشخصية العصابية الا أنهما لا يكفيان للوصف الكامل للتفكير العصابى. فلابد أن يوجد معهما ما يسمى **بالتوقعات السلبية السيئة**. وبدون وجود توقعات سلبية يصعب وصف الشخصية بالقلق أو الإكتئاب. فأنت قد تجد شخصا يميل للتعميم والتطرف لكن توقعاته تميل للتفاؤل والايجابية. وهنا يصعب علينا أن نصفه بالقلق والعصابية. قد نصفه بالتفاؤل أو السذاجة لكن ليس بالقلق والتوجس. فالحكم على الشخصية بالقلق أو العصابية يحتاج إلى التعرف على طبيعة التوقعات التى ينسجها الشخص.

وقد بين Beck(١٦) أن التوقعات التى يتتبناها العصابيون تميل إلى السلبية والتهديد. ويصف « البرت أليس » (١٧) التفكير العصابى بأنه تفكير «"كوارثى» catastrophic أى أنه يرى ويتوقع المصائب والكوارث وأسوأ الأمور حتى وان كانت الحادثة أو الخبرة التى تثير هذه التوقعات ليست

بالضرورة على هذا القدر السيىء. وقد رأينا نموذجا لهذا فى حالة الفتاة التى رفضت عملها ودراستها خوفا من الفشل المتوقع واحساسها بمصيبة هذا الفشل وخيبة الأمل.

بالإضافة لهذا تميزت اتجاهات العصابيين نحو أنفسهم ونحو الآخرين بعدد من الخصائص الفكرية والتى منها-:

(١) **الميل إلى ادانة الآخرين** ولومهم عندما لا تسير الأمور بالشكل الذى يجب أن تسير فيها. فالعصابى يفسر تأخره عن المواعيد الهامة ويرده إلى الزحام وسوء المواصلات، واذا حدث وأن أصاب نفسه أو تعرض لحادثة أو جرح فان انشغاله بالأولاد هو السبب. وقد عرفت زميلا كان يعزو كل فشل يمر به إلى عدم تعاون أصدقائه وأصحابه معه .. والطفل العصابى يتهم والديه بعدم الحب كلما بدأ أنهم يلومونه أو يوجهون له النصح. وهناك من الأمهات من توجه اللوم إلى زوجها وأطفالها عندما تحبط رغبتها أو أمالها فى التقدم والارتقاء. والطالب الذى يعزو فشله لتعنت أساتذته وعدم رأفتهم وتقديرهم لظروفه الخاصة.

(٢) **أخطاء الحكم والاستنتاج** : فى الكثير من حالات القلق يكون الإضطراب ناتجا عن خطأ فى تفسير الحادثة بسبب عدم توافر معلومات معينة، أونتيجة لوجود سياق مختلف. فالشخص العصابى الذى قد يعزف عن التقدم لعمل جديد ومناسب لأنه قد رفض فى عمل سابق يقوم بعملية استنتاج خاطئة عندما يرى أن امكانياته ومواهبه لا تتناسب مع العمل الجديد. والطالب الذى ينهره أستاذه بسبب سوء التصرف فيعزف عن الدراسة والتدريس

يقوم بعملية استنتاج خاطئة اذا كان السبب في عزوفه عن الدراسة نابعا من فكرته عن نفسه بأنه غير محبوب من أساتذته. والفتاة التي تعزف عن الزواج بعد أن هجرها خطيبها تقوم بعملية استنتاج عصابية خاطئة اذا كان عزوفها عن الزواج يرتكز على فكرة متطرفة عن «خيانات الرجال وجبنهم» .

ولا يطور الشخص العصابى امكانياته ومواهبه وينميها على نحو منظم يمنح حياته شيئا من الاستقرار. بل يتجه بدلا من ذلك إلى التطور بنفسه بطريقة تخلو من الاتساق وعدم الانتظام، فتتأرجح حياته بشدة بين صورته المثالية عن نفسه وامكانياته، وواقعه الحقيقى وامكانياته الفعلية. ولا يقبل بحل وسط أو بالاعتدال فهو ببساطة اما **شخص مثالى كامل أو لا شىء**. ان الشخص العصابى فيما يرى جرينبرج (١٨) لايستطيع ببساطة أن يكون مجرد انسان عادى أو فاضل، بل يجب أن يكون بين الأفاضل قديسا. ولا يستطيع أن يحتمل مواقف المنافسة الصحية مع الآخرين لتحقيق ما يريده، لأن ما يريده فى الحقيقة هو أن يتفوق على الجميع وأن يهزم الجميع فى كل الأشياء. العمل الممتاز بالنسبة له لا يكفى، لأن أى عمل يعمله يجب أن يكون كمالا كله ونجاحا مطلقا. وهو لا يطلب الكمال من نفسه، بل يطلبه من كل الآخرين الذين يحتكون به من أفراد الأسرة أو الزملاء، والأصدقاء.

ولهذا تبين بحوثنا أن العصابيين أميل إلى التطرف فى الأحكام والتصرفات من العاديين. فالأشياء اما بيضاء أو سوداء، حسنة أو سيئة، خبيثة أو طيبة، صادقة أو خاطئة. ولما كان الواقع مختلفا عن التصورات المثالية الكاملة التى يتبناها العصابيون عن العالم فان حياتهم تمتلىء

بالاحباط، والاحساس بالفشل، وخيبات الأمل ولما كان الكمال تصورا مثاليا لا يوجد فى الواقع، فان الآثار التى تصيب العصابى نتيجة لرغباته العصابية فى الكمال تكون وخيمة، وتتميز بكثير من حالات الإكتئاب، والانفصال التدريجى عن الآخرين وطرح المسؤلية على الناس وعلى أفراد الأسرة .

التصور فى أساليب التفاعل الإجتماعى والافتقار للمهارات الإجتماعية

تتخذ الشخصية العصابية أنماطا مختلفة من حيث أساليب التفاعل الإجتماعى مع الآخرين، فمن العصابيين من يجنح للعداوة والكراهية، ومنهم من يتجه بدلا من ذلك إلى الخضوع والانصياع، ومنهم من يتجنب كلا السبيلين باتخاذ أسلوب اللامبالاة والانفصال.. ولهذا فمن الأفضل أن نحدد هذه الأنماط وفق الأنواع الآتية:

النمط العصابى - الانصياعى conformist أشخاص هذا النمط يحتاجون دائما إلى التأييد ومعاضدة الآخرين. والشخص الانصياعى عادة ما يثق فى الكثير من الناس بسرعة وبدون اختيار لنواياهم.. ولهذا فقد يتحول أحيانا إلى ضحية وموضوعا لاستغلال البعض وتحكماتهم . وقد يتوهم البعض نتيجة لهذا أن الانصياعى انسان يحب كل شخص يراه وكل شخص لم يراه. لكن حب الانصياعى فى حقيقة الأمر حب لا يرتكز على مفهوم ناضج لمعنى الحب لأن ما يحكم سلوكه هو حاجته الشديدة لأن يكون مقبولا من الجميع ومؤيدا من الجميع. ومن الصحيح أن العصابى-الانصياعى قد يهدأ وتسكن نفسه عندما يعبر له البعض عن الحب والتقبل، لكن حاجته العصابية للحب لا ترتوى، ومجهوداته المضنية فى البحث عن الآخرين لا تتوقف .

ولأن العصابى-الانصياعى يجعل غايته الكبرى هى ارضاء الآخرين واكتساب حبهم فانه يخاف العدوان ويهرب من المنافسة، ويصعب عليه أن يختلف أو يدافع عن أفكار متعارضة مع ما يردده الآخرون، ولهذا فانه يتحول إلى شخصية باهتة لا يعمل لها كثير من الحساب.

الاختلاف السليم مع الآخرين مطلب من مطالب التوافق ويؤدى إلى تواصل جيد، وفهم أفضل، واحترام متبادل. لكن الشخص الانصياعى عادة ما يضحى بكل ذلك لأنه **يخشى الاختلاف ويخشى المعارضة**. ومن المؤكد أن كثيرا من المشكلات التى يتعرض لها العصابيون الانصياعيون فى مجالات العمل والأسرة تكون نتيجة لذلك. فلأن النجاح فى العمل يحتاج لدرجة من العدوانية وتأكيد الذات والمعارضة، فان العصابى الانصياعى لا يتفوق فى عمله بالشكل الذى يتناسب مع مجهوداته وأدائه. ويصعب عليه أن يحتل موقعا قياديا لأنه بدلا من أن يتجه للمبادرة ينتظر من الآخرين التوجيه، واعطائه الاذن قبل أن يبدأ عملا أو يتخذ قرارا. وأنت ان شئت أمثلة على هذا النوع فستجدها ان أمعنت النظر فى كثير من النماذج الشخصية المحيطة بك. ستجدها فى الموظف البيروقراطى الذى يخشى أن يسمح لنفسه بأداء عمله دون أن يتأكد مرارا ومرارا من أن رئيسه يتفق معه ويوافق على أى عمل يعمله. وتجدها فى الشخص الذى يحاول أن يوفق دائما بين الآراء المتعارضة ولا تعرف أين رأيه لأنه يخشى ان عبر عن رأيه فانه قد يخسر أحد الطرفين. وتجد أمثلة على هذا النوع فى الشخص الذى يسرف فى الحديث عن الحب والمودة اذا بدأ أن خلافا سينشب بينه وبين الآخرين، أو اذا أراد أن يحل خلافا بين شخصين متعارضين. والشخص

الذى يبحث دائما عن شخص قوى يحميه، ويتحول إلى تابع له يردد أرائه وأفكاره يعتبر أيضا نموذجا طيبا للعصاب الانصياعى. ويحسن أن نميز بين الموافقة مع الآخرين كأسلوب اجتماعى ناجح وبين الانصياع العصابى. ففى كثير من الأحيان تتطلب الحكمة أن نوافق على بعض الآراء المعارضة، طالما أن هذه الموافقة عادة ما تكون مرتبطة بأهداف أبعد (كالحصول على ترقية مثلا، أو اعتراف بقيمة عمل، وتجنب صراع غير ضرورى)، وعادة ما تكون موقفية. لكن الانصياع العصابى عادة ما يكون نتيجة لعوامل ودوافع شخصية، أى كتعبير عن العجز الشخصى فى اتخاذ مواقف معارضة، وعادة ما يكون دائما، كسمة عامة ودائمة فى الشخصية وغير مرتبطة بمواقف محددة.

العصابى - العدائى :Hostile

اذا كانت المعارضة مطلبا صحيا فان العدوان لا يعتبر مرادفا دقيقا للمعارضة. فالمعارضة والاختلاف مع الآخرين شيئان تفرضهما ضروريات الاتصال الإجتماعى السليم وتحقيق الأهداف الشخصية فى النمو والنجاح. أما العدوان-اذا تحول إلى سمة شخصية دائمة-فانه عادة ما يؤدى إلى عكس ذلك تماما: أى إلى تعطيل الاتصال الإجتماعى وبالتالى عرقلة الأهداف الشخصية فى النجاح والتقدم. وهذا عين ما يشيع بين أشخاص هذا النمط العصابى، العدائى. فالشخص العدائى يجد فى هزيمة الآخرين وتحديهم ومعارضتهم اشباعا وتاكيدا لقوته وسلطته. ولهذا فهو يشعر بالزهو وبالراحة النفسية كلما تحول من نصر إلى آخر. ولأن شعوره بالزهو

والانتصار يتوقف على ايقاع الأذى وعلى تألم الآخرين، فان معاركة مع الناس لا تنتهى. فهو شخص "مشاغب" بالمعنى الدقيق للكلمة لأن معاركة متعددة وأهدافه من هذه المعارك غير واضحة.

وبالرغم من الاختلاف الظاهرى بين العصابى - العدائى والعصابى - الانصياعى فانهما يتشابهان من حيث أن كليهما يدرك الناس من خلال احتياجاتهما الشخصية. فالانصياعى يدرك الناس من خلال حاجته للتأييد والمعاضدة، أما العدوانى فيدرك الناس من خلال حاجته للمنافسة من أجل المنافسة والتحدى من أجل التحدى.

والعدوانى لا يثق فى الناس ويفسر تصرفاتهم على نحو يثير شعوره بالتهديد والخوف. والنمط العدائى يتجه - نتيجة لخوفه من التهديد - إلى الهجوم المبكر اذا ما أحس بأى علامات لذلك. ولأن تفسير العدوانى للمواقف المختلفة دائما ما يتسم بالتهديد والصراع، فانه يفسر كثيرا من الأشياء المحايدة كاختلاف الآخرين معه على أنه هجوم شخصى عليه، ولهذا فهو يهاجم ويعادى حتى الأشخاص الذين لا تكون فى نواياهم معاداته أو الهجوم عليه. وخصومه لهذا كثيرون، ويصعب حتى على المقربين منه (كالزوجة أو الأولاد) أن يرتبطوا به ارتباطا انفعاليا دافئا.

والحياة الإجتماعية للعصابيين - العدائيين حياة اجتماعية ضيقة، ويصعب عليهم تكوين علاقات دافئة وتغلب عليهم الوحدة والانعزال، وقد يحدث أحيانا بسبب فرديتهم الشديدة وتأكيدهم الدائم لتفوقهم وتعاليهم أن يجدوا بعض المعجبين، لكن الغالبية العظمى من الناس تتجنب هذا النمط

وتتحاشاه. ولهذا تنتهى حياتهم بالعزلة الكاملة، الا اذا استطاعوا التعديل من أنماط سلوكهم ونجحوا فى التغلب على مشكلاتهم الإنفعالية التى تسم تصرفاتهم بالاعتداء والمواجهة الصارخة.

ونجد أمثلة متعددة لهذا النمط فى شخصية مدير العمل الذى يقسو ويعنف على من حوله خشية من أن يهتز مركزه، والأستاذ الذى يتخذ من سلطته العلمية أداة للسيطرة والتحكم فى تلاميذه، والجارة التى تتنقل من معركة إلى أخرى مع جاراتها، والأب الذى يتخذ من دوره الأبوى أداة لقمع حرية أبنائه وسلوكهم.

ثلاثة محاور سلوكية فى علاج القلق والتخلص من الأزمات

هدفنا هنا هو أن نعرض للقارىء العربى منهجنا الرئيسى فى العلاج النفسى للقلق. وهو منهج تطورت خطوطه العريضة من خلال سنوات من البحث والممارسة فيما يسمى بالعلاج السلوكى الذى نعتبره بمثابة الثورة المعاصرة التى قدمها علم النفس خلال السنوات العشرين الأخيرة من حياة العلاج النفسى وتطوره. وسنحاول هنا أن نعرض للجوانب الرئيسية التى يجب أن يتجه لها العلاج النفسى بصورة تمكن القارىء العام من ممارستها اذا ما استطاع أن يبذل الجهد فى مزيد من القراءات الملائمة، أو الاستشارات النفسية الموجهة.(١٩ . ٢٠ . ٢١)

منهجنا فى العلاج النفسى للقلق يتماثل من حيث تنوع أبعاده مع نفس نظرتنا وتحليلنا للسوك العصابى. فالقلق يرتكز – فى وجهة نظرنا على

نفس المحاور العصابية، فهناك **أولا: التغيرات الإنفعالية** غير السارة التى تصحبه والتى تأخذ أحيانا شكل تغيرات عضوية خارجية أو داخلية أشبه بالتغيرات التى تصيبنا فى حالات الخوف كتسارع دقات القلب، والغثيان، وانقباض المعدة، وصعوبات التنفس، وتوتر عضلات الوجه، تصلب عضلات الظهر، وازدياد "اللازمات" الحركية فى الوجه أو اليدين .. الخ. وهناك **ثانيا: الجوانب الذهنية** والفكرية أى مجموعة الأفكار والحجج والمعتقدات التى يخاطب الشخص بها نفسه خلال اختباره للمواقف التى يمر بها الشخص. وتتسم معتقدات الشخص فى حالات القلق بالمبالغة، وادراك مخاطر لا أساس لها مما أدى إلى جمهور المعالجين النفسيين يوصف فكر الشخص فى حالات القلق باللامنطقية واللاعقلانية. وهناك **ثالثا: القصور فى السلوك الإجتماعى** الذى يصف الشخص القلق فى تفاعلاته اليومية كالخجل، والانزواء، والتردد، وتجنب الآخرين.

لأن هذه المحاور تتفق فيما بينهما فى إبراز القلق وتعميقه، وتطويره فى الشخصية حتى يتحول إلى سمة دائمة فيها، فان المواجهة الناجحة للتوتر النفسى والعلاج الفعال للقلق يجب فى تصورنا أن تجسد هذه الرؤية المتنوعة فتتجه جهودنا نحو مواجهة كل جانب من هذه الجوانب الأربعة معا أو على حدة. وفى بعض الحالات الفردية من القلق تسيطر أحد هذه الأبعاد الثلاثة أكثر من الأخرى .. فقد تكون مثلا بعض المواقف الخارجية شديدة التهديد والامتهان .. بصورة تؤدى تلقائيا إلى اثارة الإضطرابات فى المناطق الأخرى من الشخصية : **الإنفعالية والذهنية والإجتماعية** .. فى مثل هذه الحالات يجب بالطبع توجيه جهد أكبر لعلاج الجانب المضطرب قبل

الجوانب الأخرى. فالعلاج الطبى بالعقاقير مثلا يكتسب أهمية خاصة عندما تكون مصادر الإضطراب مرتبطة بزيادة النشاطات الاستثارية الإنفعالية فى الجهاز العصبى. ومن ثم يكون البدء بالعقاقير المهدئة لنشاط الجهاز العصبى ضرورة، حتى تتاح لنا فرصة الانتباه للجوانب الأخرى من الشخصية بما فيها تدريب الشخص على السلوك الإجتماعى المرن والفعال، وتعويده تدريجيا على ضبط انفعالاته وقدراته على تحمل الصعاب.

خلاصة القول اذن أنه اذا كان القلق يعبر عن نفسه بلغات ثلاث متعددة، فان من المنطقى أن يكون العلاج النفسى الفعال هو ذلك الذى يستطيع أن يخاطب هذه الجوانب الأربعة بالتعديل والتغيير. وما سنعرضه من وسائل فنية لعلاج هذه الجوانب يمثل مجموعة من المناهج الحديثة التى تتسم بالفاعلية والنجاح وتمثل فى مجموعها منهجا أثيرا لدينا فى علاج الكثير من حالات القلق والتوتر النفسى. وهو منهج يمكن وصفه بأنه علاج متعدد الأبعاد والمحاور لأن بنيته الأساسية هى علاج الإضطرابات النفسية فى جوانبها الإجتماعية، والإنفعالية، والسلوكية ومصادر التهديد الخارجية مجتمعة.

مواجهة مواقف التهديد :

من المعروف أن نسبة كبيرة من الناس تسير مع القول الشائع «ما يأتيك منه الريح سده واستريح» وجريا مع هذا القول يستجيب الناس للقلق بمحاولات انسحابية وهروبية وذلك يتجنب المواقف التى يدركونها على أنها مصدر للقلق والانزعاج. ويرتكب الناس بهذا السلوك «التجنبى» الهروبى

خطأ كبيرا من حيث لغة الصحة النفسية. فهناك ما يشير إلى أن الهروب من المشكلات يبعد الشخص عن البحث النشط للحلول الايجابية والفعالة، وهناك أيضا ما يشير إلى أن تجنب المواقف التى تثير القلق .. يضيق تدريجيا من فرص الشخص فى النمو، ويؤدى فى النهاية إلى نتيجة معاكسة من حيث زيادة الإضطراب الإنفعالى والتوتر. بعبارة أخرى فان حل المشكلات بالهروب منها بدلا من مواجهتها لا يكون علاجا الا فى المواقف التى يصعب تكرار تعرض الشخص لها وهى نادرة للغاية. ولهذا يعتبر ما يسمى بطريقة «التعويد» التى ولجت حديثا ميدان العلاج النفسى السلوكى من أنجح الفنيات والأساليب العلاجية للقلق. ويستخدم هذا الأسلوب لتشجيع العصابى على مواجهة مواقف القلق إلى أن تتحيد مشاعر المريض نحو هذه المواقف وتتناقص استجاباته الإنفعالية المتطرفة نحوها.

ويتم أسلوب **التعويد** Habituation باستخدام **المنهج التدريجى**. ويتم العلاج التدريجى فيما شرحنا من خلال تعريض الشخص تدريجيا، وخطوة بخطوة للمواقف التى ندركها على أنها مثيرة للقلق والخوف. ومن رأى جوزيف ولبى Wolpe(٢٢) الطبيب النفسى المعروف أن التعرض التدريجى للمواقف المثيرة للقلق - اذا ما استخدم مع أساليب أخرى كالاسترخاء العضلى - من شأنه أن يؤدى إلى تبدد القلق واختفاء الكثير من مخاوفنا اللامنطقية من مواقف الحياة المختلفة. وقد أثبت "لازاروس- " الذى ساهم مع «ولبى» فى كتاباته المبكرة ثم انشق عليه فيما بعد - أن التعرض التدريجى وحده كفيل بأن يؤدى إلى نتائج علاجية ناجحة. وقد أمكننى حديثا أن أستخدم الأسلوب بنجاح مع محاضر شاب باحدى

الجامعات العربية – اثر عودته من الخارج – للتغلب على القلق الشديد الذى كان ينتابه قبل الدخول لمحاضراته. وقد اعتمدت خطتنا فى ذلك على تعريفه بقواعد هذا المنهج وبوضع قائمة متدرجة بالمواقف المثيرة لقلقه بدءا بأقلها اثارة للتهديد (أسبوع قبل الدخول للمحاضرة) حتى أشدها ارتباطا بالقلق (الدخول للقاعة وتحية الطلاب وبدء الحديث عن موضوع المحاضرة). لقد أمكننا بتدريبه تدريجيا على أداء كل موقف بثقة إلى التقليل من توتراته الهائجة وتحييد انفعالاته نحو هذه المواقف خطوة خطوة. وجاء بعد ذلك تدريبه المستمر على الاستعداد للمحاضرات وللمواقف الإجتماعية المماثلة بما فى ذلك النقاط التى سيتعرض لها وحتى الأسئلة أو التعليقات المرحة التى سيملأ بها الثغرات بين النقاط العريضة للمحاضرة، وجاء بعد ٤ جلسات ليعبر عن مدى سروره لأول مرة فى حياته – بعد الدخول للمحاضرة والاستئناس بطلابه وتكوين علاقات اجتماعية سهلة بهم.

ويفضل ستامفل(٢٣) Stampfle أن يكون التعرض لمصادر التوتر كليا ومرتبطا بكل الثورات الإنفعالية المصاحبة لها. ويستخدم بهذا الصدد أسلوبا معروفا يطلق عليه الغمر الإنفعالى Flooding أو التفجير العلاجى Implosive therapy. وبالرغم من أن منهجه يبدو للوهلة الأولى مخالفا لقواعد التعرض التدريجى، فانه يقوم على نفس البديهة التى تحبذ المواجهة بدلا من التجنب. وتتلخص هذه الطريقة فى تشجيع المريض على تخيل الموقف المهدد فى أقصى صوره الممكنة ولأطول فترة. ويثبت "ستامفل" أن التعرض المباشر لمواقف القلق لفترات طويلة بإعمال الخيال والتصور الذهنى الحى – من شأنه أن يؤدى إلى التخفف تدريجيا من القلق المصاحب لهذه المواقف

إلى أن يتلاشى تماما. الا أن أيزنك(٢٤) – من بريطانيا – يثبت أن التعرض للمواقف المهددة فى كليتها يؤدى بالفعل إلى التخفف من القلق اذا استمر هذا التعرض لفترات طويلة، لكنه قد يؤدى إلى نتائج عكسية اذا تم لفترات قصيرة ومفاجئة. ولهذا – وتأكيدا لنظرية أيزنك – نجد أن العصابيين (الذين تتسم حياتهم بالقلق الدائم غالبا ما يتجنبون اللقاءات العارضة المفاجئة بسبب ما تثيره لديهم من توترات عنيفة، ولكنهم يقدرون على مواجهة هذه المواقف اذا ما أتيحت لهم فرصة كافية من الاستعداد والتهيؤ.

وكلا الطريقتان – التدريجية والكلية – تهدفان – على أية حال إلى التغلب على مصادر التوترات الخارجية بالتقليل من القلق والصراعات المصاحبة لها. الا أن التعرض التدريجى – فيما تبين خبرتنا الاكلينيكية – يصبح ذا فاعلية أكثر عندما تكون مصادر القلق معروفة وعندما تكون الاستجابة لها حادة وتصل لما يسمى بالفزع. فى مثل هذه المواقف تصعب المواجهة بالغمر الإنفعالى، ونجد أن المرضى أنفسهم يقاومون ذلك المنهج الا اذا كان بالامكان استخدام بعض المهدئات الطبية كتمهيد للدخول فى العلاج. على أن فوائد العلاج بالغمر تكون ملموسة خاصة فى الحالات التى يتحول فيها القلق إلى طقوس وأفعال قهرية أى ما يسمى بلغة علماء النفس المرضى حالات عصاب الوسواس القهرى (اللوازم الحركية والرعشات اللا ارادية، النظافة المبالغ فيها .. الخ). ولهذا نستخدم هذا المنهج فى علاج حالات التهتهة، الرعشات اللاارادية فى اليدين أو مناطق الوجه، قضم الأظافر، طقطقة الأصابع .. الخ. فى مثل هذه الحالات وعندما تفشل محاولات الضبط المتعمدة، يجب تشجيع الشخص على اثارة هذه الجوانب

من السلوك بدلا من محاولة تجنبها وأن يطلب منه أن يستمر فى ممارستها اراديا لفترات طويلة يوميا .. (مثلا عشر مرات أو أكثر فى اليوم لمدة ١٥ دقيقة). لقد تمكنا باستخدام الأسلوب من مساعدة أحد المرضى على التخلص من ارتعاشات غير ارادية محيطة بمنطقة العين اليمنى خاصة فى مواقف التوتر الإجتماعى. لقد طلبنا منه أن يمارس عمدا هذه الارتعاشات فى منزله لمدة عشر مرات يوميا تستغرق كل منها ١٥ دقيقة يقوم خلالها باثارة هذه الارتعاشات بأكبر قدر ممكن. وقد كانت دهشته بالغة عندما لاحظ وجود تناقص ملحوظ بعد يومين فقط من العلاج، إلى أن اختفت هذه الحركات القهرية تماما بنهاية الأسبوع الثانى.

عندما يكون القلق تعبيرا عن حدة الانفعالات والتوتر والاستثارة :

وعندما يكون القلق هو التعبير المباشر عن الإنفعال الشديد، والتوتر العضلى ووراثة جهاز عصبى سريع الاستثارة (المحور الإنفعالى)، فان العلاج الطبى باستخدام العقاقير المهدئة يعتبر من أكثر أشكال العلاج وأكثرها انتشارا على الاطلاق. فمن شأن بعض الأدوية المهدئة أن تساعد بالفعل على تهدئة ثورة الإنفعالات الداخلية. لكن العلاج بالعقاقير ليس علاجا نفسيا، ومن المعروف أن هناك آثار جانبية سيئة له كالإدمان أو الإفراط يمكن أن تتطور لدى المريض خاصة اذا لم يكن تحت اشراف طبى مباشر، فضلا عن هذا فان من المعروف أن حالات القلق قد تعود حالما يتوقف الشخص عن التعاطى، ولهذا فاننا نجد - من جانبنا أن بالامكان مواجهة

الجانب الإنفعالى من القلق بمناهج سلوكية من أبرزها ما يسمى بمنهج الاسترخاء (الفصل الخامس). لكننا نؤكد هنا أن الاسترخاء العضلى بطريقة منظمة عضلة عضلة أصبح الآن منهجا أثيرا للتغلب على التوترات العضلية المصاحبة للقلق. ان هناك الكثير من الأعراض البدنية المصاحبة للقلق أصبح الآن ممكنا علاجها بهذا المنهج بما فيها الصداع، وآلام الظهر وخفقان القلق، وارتفاع ضغط الدم، وألام الساقين والذراعين وغيرها من الشكاوى الدالة على التوتر العضلى والنشاط العضوى المفرط. لهذا نجد أحيانا أن مجرد الاسترخاء العادى بالرقاد على أريكة أو الجلوس فى مكان مريح هادىء قليل الإضاءة والضجيج من شأنه أن يؤدى إلى تغيرات انفعالية ملطفة.

وفضلا عما للإسترخاء من آثار انفعالية مهدئة بشكل عام فانه يستخدم بمصاحبة العلاج التدريجى للتغلب على ما تسببه المواقف الخارجية من توترات وصراع. وهناك ما يؤكد فاعلية هذا المنهج فى علاج حالات القلق الجنسى كالقذف السريع، وضعف الانتصاب عند الذكور وذلك بارخاء الأجزاء السفلى من الجسم والساقين فى الدقائق الأولى السابقة على الاتصال الجنسى.

تعديل أخطاء التفكير وتشجيع العقلانية :

لكن التوترات النفسية والقلق لا يمكن عزلهما عن الطريقة التى يفكر بها الشخص وعما يحمله عن نفسه وعن المواقف التى يتفاعل معها من آرا ومعتقدات. ولهذا نجد أن "أليس(٢٥) Ellis " و"بيك(٢٦) Beck "

الأمريكيين يشيران بوضوح إلى أن القلق العصابى يعتبر نتيجة مباشرة للطريقة التى يفكر بها الشخص فى نفسه وفى الخارج وليس بالضرورة لخصائص خارجية مهددة، لقد أطلقنا على هذا الجانب من القلق: المحور الذهنى وهو محور يحظى باهتمامنا خاصة عندما يكون الشخص من النوع الذى يتميز تفكيره بالمبالغة، وتوقع الخطر والانهيار والكوارث. ولعلاج هذا الجانب يتجه الاهتمام إلى تشجيع الشخص على التفكير بواقعية فى الموقف وفى نفسه وفى امكانياته.ويقترح "مايكنباوم(٢٧)Meichenbaum من كندا أن من أنجح الوسائل للتغلب على التفكير الانهزامى للشخص فى حالات القلق فى أن ننبهه إلى الأفكار والآراء التى يرددها بينه وبين نفسه (المونولوجات) عندما يواجه موقفا يتسم بالتهديد. ان من رأى هذا العالم أن القلق الذى ينتابنا من المواقف المختلفة يعتبر نتيجة مباشرة لما نقوله لأنفسنا وما نقنع به ذواتنا من أخطار وكوارث. ولهذا فهو يقترح منهجا يقوم على تعديل محتوى ما يقوله الشخص لنفسه فى المواقف التى يراها مهددة لنفسه وأمنه وفق ثلاث قواعد رئيسية:

(١) أن تقنع نفسك بأن الخوف والهلع الذى يمتلك مشاعرك عند التفكير فيما قد يحدث من أشياء سيئة أسوأ بكثير من الأشياء التى ستحدث فعلا. قل لنفسك بأنك ستحول الموقف إلى أسوأ مما هو عليه بالفعل بتفكيرك وتهويلاتك.

(٢) اقناع النفس بشتى الوسائل الممكنة ان الموقف الذى يثير مخاوفك الآن سينتهى حتما.

(٣) القاعدة الثالثة هى أن تقل لنفسك بأن التخلص من كل المشاعر المكدرة والتوترات المرتبطة بالقلق تماما أمر صعب. اذ لابد أن نقبل بعض جوانب التوتر مؤقتا.

وثمة طرق أخرى لمواجهة أخطاء التفكير وتعديل الاتجاهات الانهزامية نحو النفسى بين القلقين. فالحوار المنطقى العاقل مع النفسى. ودحض الأفكار الخاطئة التى تثير المخاوف والإكتئاب، وتحصيل معلومات دقيقة عن المواقف التى نعتقد أنها مهددة، وتجنب التفسير السلبى للمشاعر التى يحملها الآخرون عنك، وتعويد النفسى على التفكير فى نقاط القوة عند التصدى لحل المشكلات الإجتماعية والعاطفية. كل ذلك ينطوى دون شك على امكانيات هائلة فى تعديل الإضطراب النفسى والقلق.

تدريب النفس على الحرية والتلقائية الإجتماعية :

أما من حيث الجانب الإجتماعى، فمن المعروف أن السلوك الإجتماعى للشخص القلق يتسم بخصائص تتذبذب بين أقطاب متعارضة كالإنصياع الشديد، والعدوان، والخجل، والاندفاع، التحدى أو تجنب المشاكل والهروب منها. وقد بينا فى احدى الفصول السابقة عن العلاج السلوكى أن هذه الجوانب بالرغم من التناقض الظاهر بينها يمكن فهمها فى ضوء ما يتسم به السلوك العصابى من قيود انفعالية تكبل تلقائيه الشخص وحريته فى الاستجابة للمواقف المتعارضة.

ونجد فى الوقت الحالى – أدلة قوية تثبت أن قيام الشخص القلق بالتعبير عن مشاعره بحرية من خلال التصرفات السلوكية والإجتماعية

الملائمة من شأنه أن يؤدى إلى تضاؤل القلق بشكل ملحوظ. ويحظى هذا الجانب باهتمام كثير من المعالجين، ويمثل أحد الفصول الهامة فى كتب العلاج السلوكى الحديثة. ويدرس تحت عناوين مختلفة منها تأكيد الذات، أو تدريب القدرة التوكيدية، أو التدريب على الحرية الإنفعالية. ويقوم هذا المنهج على بديهة علمية قوامها أن تدريب النفس على التعرض للمواقف الإجتماعية المثيرة للخوف والإنفعال والقلق وأنت تعرف مسبقا ما الذى ستقوله فيها، وكيف تتصرف خلالها، وادراكك لحقوقك والتزاماتك ازاء هذه المواقف، فان من الطبيعى أنك ستكون أكثر هدوءا وقدره على التحكم فى انفعالاتك عند مواجهتك اياها.

فضلا عن هذا، ان كثيرا من العلاقات الإجتماعية تتطلب اتصالا نشطا بالآخرين، ولهذا فان العلاقات الإجتماعية السليمة تحتوى على مزيج من الإنفعالات المتنوعة بها فيها الغضب أحيانا، تبادل مشاعر الحب والود أحيانا أخرى، اللوم، الاعجاب، الضيق. ومن المعروف أن قدرة الشخص القلق على تبادل المشاعر تقل فى المواقف الإجتماعية نتيجة لما يؤدى اليه القلق من قيود وعجز. ولهذا نجد أن الشخص فى مواقف القلق يقمع رغبته فى التعبير عن مشاعرة الحقيقية، ويكتم معارضته أو قبوله أو يرغم نفسه على قبول أشياء لا يحبها، أو يهرب من أشياء يحبها .. ومن ثم تجيىء أهمية تدريب الشخص على التعبير عن الإنفعالات بجوانبها الايجابية (الحب والاعجاب مثلا) والسلبية (الغضب والعدوان والرفض). ان حرية التعبير عن الإنفعالات والقلق لا يجتمعان معا. ويتعارض التعبير بحرية عن الإنفعالات بما يتسم به من تلقائية، مع القلق والعصاب بما فيهما من قيود.

ويتم تدريب القدرة على حرية التعبير الإنفعالى بأساليب أخرى متنوعة منها مثلا التدريب على **تنطيق المشاعر**(٢٨)والتعبير عن أى انفعال بكلمات صريحة منطوقة. وينصح المعالجون أيضا بأن يتشجع الشخص على احداث استجابات بدنية ملائمة للانفعال، فاستخدام الاشارات والحركة الرشيقة، وتشكيل ملامح الوجه بطريقة ملائمة، والاحتكاك البصرى المناسب من شأنها جميعا أن تتضافر لاحداث الثقة بالنفس فى مواقف التفاعل الإجتماعى بما يخفف من آثار القلق والإضطراب.

ويثبت "باندورا" (٢٨)أن كثيرا من استجاباتنا المرضية والسوية تكتسب بفعل مشاهدة الآخرين والتأثر بهم أى **القدوة**. لهذا فان من الممكن تدريب القدرة على التوكيدية واكتساب المهارة الإجتماعية الضرورية للنجاح من خلال ملاحظة الآخرين أو الاقتداء بهؤلاء الذين تتوافر فيهم هذه القدرات بشكل واضح. ولهذا فان من الثابت أن القلق يختفى فى بعض المواقف الإجتماعية المهددة (مقابلة شخصية للعمل مثلا) عندما نسمح للشخص أن يشاهد أشخاصا يؤدون هذا الموقف بنجاح فى أفلام أعدت خصيصا لهذا الغرض. ومن ثمة قد نستخدم ما يسمى بأسلوب تمثيل الأدوار كطريقة من العلاج. فاذا تأتى للشخص أن يقوم بتخيل المواقف المهددة، ثم أن يمثل بنفسه - أو مع معالجة - الموقف كما يوده أن يحدث، مرات ومرات حتى يتقنه، فانه سيكسب كثيرا من القدرات إلى ستمكنه من مغالبة القلق عند المواجهة الفعلية للموقف المهدد.

ان الأساليب التى عرضناها حتى الآن تتضافر جميعها فى مبدأ عام وهو أن مغالبة القلق تأتى بالتعرض وليس بتجنب المواقف والأفكار المثيرة للقلق حتى نعتاد عليها. ولهذا فإن من بين كل تيارات العلاج النفسى منذ قرون نجد أن أنجحها هى تلك التى تخطط للتعرض ومواجهة القلق. ان مخاوفنا ومصادر القلق لدينا ستختفى ما أن نواجهها بتصميم. وكل هذه الطرق التى أشرنا اليها سابقا ما هى الا طرق لمواجهة القلق والتعرض له فى الجوانب الثلاثة التى سبق الاشارة اليها. ولكى نضمن أكبر قدر من الفاعلية فى استخدام هذه الطريقة هناك بعض التوجيهات:

- التعرض لمواقف القلق مطلب ضرورى للصحة. وسواء تم هذا التعرض من خلال تخيل هذه المواقف، أو من خلال الدخول فيها بشكل فعلى، فان النتيجة واحدة. الا أن من الأفضل أن يتم تعرضنا بطريقة تخيل هذه المواقف ثم أن ننتقل بعد ذلك للمواقف الفعلية المرتبطة باثارة القلق.

- كلما كان التعرض للمواقف الإنفعالية مبكرا ولفترات طويلة كلما كان تأثيره أنجح، فمن الأفضل مواجهة الخطر منذ البداية والاستمرار فى مواجهته حتى يتلاشى دائما.

- ان القلق الذى يحدث خلال العلاج فى المواقف التدريجية أو مواقف التفجير الإنفعالى لا يؤدى عادة إلى نتائج أو مضاعفات. ولا زال بعض الأطباء والمعالجون حتى الآن يترددون فى السماح لمرضاهم

بالدخول في مواقف تثير القلق وذلك خشية من الاصابة بمشكلات انفعالية. لكن هذا غير صحيح ولا يوجد ما يدل على حدوث هذه المضاعفات. بل يوجد ما يدل على أن نوبات الفزع التى تتم فى المواقف الفعلية من خلال التعرض للخطر فى موقف العلاج تكون أقل من السابق وهناك ما يدل على أن اثارة القلق بشكل مقصود فى مواقف التدريب والعلاج النفسى لا يؤديان الا إلى تقليد باهت لنوبات الفزع الحقيقية التى تصيبنا فى هذه المواقف الفعلية.

الخلاصـــة

الشخصية العصابية مفهوم يصف أنواعا من السلوك الذي يتسم بسرعة الاستثارة الانفعالية ،وتجنب المواقف التي تستثير الانفعالات ويجد الشخص العصابي صعوبة واضحة في التعبير عن الانفعالات (عدا القلق)، ويفتقد لغة الاتصالات الاجتماعي القائم علي الأخذ والعطاء ، ولايمكن عزل العصاب - كاضطراب نفسي -عن الطريقة التي يفكر بها الشخص العصابي ، حيث تبين أن العصابيين عموما يميلون للمبالغة والتهويل والتوجس واللاعقلانية والتطرف.. وتساهم هذه الخصائص السلوكية فيما بينها في التحويل الشخص العصابي إلي الاضطرابات النفسية الشائعة بما فيها الخوف، والقلق، والوساوس ، والانتقاد إلي تأكيد الذات والحرية الانفعالية ويقدم هذا الفصل عرضا للأساليب السلوكية الحديثة في علاج الاضطرابات العصابية بالتركيز علي القلق. وقد تناولنا هذه الأساليب من خلال التركيز علي الجوانب المختلفة التي تصف الاضطراب العصابي. ومن ثم يجد القارىء عرضا للأساليب السلوكية الفعالة ومن أهمها :أساليب التعويد والتدرج في مواجهة مواقف التهديد ،والغمر الانفعالي ، والاسترخاء العضلي، والعلاج المعرفي لتعديل أخطاء التفكير وتشجيع العقلانية، وتدريب المهارات الاجتماعية بحيث يمكن للشخص أن يتعرض للمواقف الاجتماعية ويعالجها بمهارة وادراك لحقوقه والتزاماته ازائها .

References

1. Dyer, W. (1985). ***What do you really want for your children?***. New York : Avon Press.

2. Greenberg, S. I. (1971). ***Neurosis is a painful style of living***. New York: Signet.

3. Ellis, A. (1987). The evolution of rational-emotive therapy (RET) and cognitive behavior therapy (CBT). In J. K. Zeig (Ed.) ***The evolution of psychotherapy***. New York, N.Y.: Bruner / Mazel, Inc.

4. Ellis, A. (1961). ***Reason nd emotion in psychotherapy***. New York: Lyle Stuart.

٥– جبران خليل جبران .النبي،ترجمة ثروت عكاشة

6. Beck, A. T. (1987). Cognitive therapy. In J. K. Zeig (Ed.) ***The evolution of psychotherapy***. New York, N. Y.: Bruner/ Mazel, Inc.

٧– إبراهيم (عبد الستار) . القلق: قيود من الوهم. القاهرة:كتاب الهلال

8. Greenberg, S. I. (1971). op. cit.

9. Beck, A., & Emery, G. (1985). ***Anxiety disorders and phobias A cognitive perspective***. New York: Basic Books.

10. Beck, A., Freeman, A., & Associates (1990). ***Cognitive therapy of personality disorders***. New York, N. Y.: Guilford Press.

11. Ellis, A. (1988). ***How to stubbornly refuse to make yourself miserable about anything - yes, anything***. Syracuse. N.J.: Lyle Stuart.

12. Ellis, A., et al. (1989). ***Rational-emotive couples therapy***. New York: Pergamon.

13. Dryden, W., & DiGiuseppe, R. M. (1990). ***A primer on Rational-emotive therapy***. Champaign, I ll. Research Press.

١٤– إبراهيم(عبد الستار) ١٩٨٧ .علم النفس الاكلينيكي: مناهج التشخيص والعلاج النفسي.الرياض: دار المريخ.

١٥– .إبراهيم(عبد الستار) (١٩٨٣) العلاج النفسي الحديث :قوة للانسان القاهرة:مدبولي.

16. Beck, A. T. (1987). Cognitive therapy. In J. K. Zeig (Ed.) ***The evolution of psychotherapy***. New York, N.Y.: Bruner/Mazel, Inc.

17. Ellis, A. (1987). The evolution of rational-emotive therapy (RET) and cognitive behavior therapy (CBT). In J. K. Zeig (Ed.) ***The evolution of psychotherapy***. New York, N.Y.: Bruner/Mazel, Inc.

18. Greenberg, S. A., (1971) op. cit.

١٩- إبراهيم، عبد الستار (١٩٨٩). التعرف علي حالات القلق. مجلة العربي، العدد ٣٦٩ (ص١١٦ـ ١٢٦)

٢٠- إبراهيم، عبد الستار (١٩٩٠).محاور أربعة في علاج القلق.مجلة العربي ، العدد ٣٧٤ (ص ص١٢٣ـ ١٣٥)

٢١- إبراهيم، عبد الستار .الدخيل ،عبد العزيز ،رضوي،إبراهيم(١٩٩٣)موجتان من التطور بحركة العلاج النفسي. مجلة علم النفس، العدد ٢٦(ص ص ١٦ـ ٢٦)

22. Wolpe, J. (1987). The promotion of scientific psychotherapy. In J. K. Zeig (Ed.). ***The evolution of psychotherapy***. New York, N.Y.: Bruner/Mazel, Inc.

23. Stampfl, T.G., & Levis, D. J. (1976). Implosive therapy: A behvioral therapy. In J. T. Spence, R. C. Carson, & J. W. Thibaut (Eds.) ***Behavioral approaches to therapy*** (pp. 89-110). Morristown, N.J.: General Learning Press.

24. Eysenck, H. J. (1979). The conditioning model of neurosis. ***Behavioral and Brain Sciences***. 2, 15-166.

25. Ellis, A. (1987). The evolution of rational-emotive therapy (RET) and cognitive behavior therapy (CBT). In J. K. Zeig (Ed.) ***The evolution of psychotherapy***. New York, N.Y.: Bruner/Mazel, Inc.

26. Dryden, W., & DiGiuseppe, R.M. (1990). ***A primer on Rational-emotive therapy*** . Champaign. 111: Research press.

الفصل الثانى عشر
العلاجات السلوكية والإضطرابات العقلية
الفصام خاصة

حظى موضوع العلاج السلوكى للإضطرابات العقلية بما فيها الفصام بإهتمام مبكرمن المعالجين السلوكيين. وبفضل هذا الإهتمام الذى بدأ مواكبا لظهور الثورة السلوكية فى العلاج النفسى (فى الخمسينات تقريبا)، وبفضل مانشر من بحوث ودراسات للحالات الفردية، وما نفذ من برامج سلوكية فى المؤسسات العقلية فى مجالات الفصام، بفضل ذلك أمكن تحقيق إنجازات علاجية كثيرة يمكن صياغتها على النحو الآتى:

١- أصبح من الممكن للفصاميين حتى أشدهم إزمانا وتعذرا على العلاج أصبح بإمكانهم أن يكتسبوا كثيرا من السلوك الإيجابى ، وأن يتخلصوا من كثير من الجوانب الشاذة أو أن يعدلوا منها، وذلك بإستخدام مبادىء التعلم والقوانين السلوكية.

٢- أن هذه التاثيرات هى تاثيرات علاجية. ومن ثم فإن أحداثها يؤدى إلى تاثيرات إيجابية بارزة فى السلوك العام للفصامى. فضلا عن هذا فهى تؤدى إلى الإقلال الملحوظ من الإنتكاسات التى تصيب الفصاميين بعد تسريحهم من مؤسسات العلاج .

٣- أن القواعد والمناهج السلوكية التى إستخدمت فى هذا المجال حتى الآن يمكن بلورتها بوضوح كمبادىء مستقلة ومختلفة عن مدارس العلاج النفسى والطبى الأخرى.

لكننا نعترف مع هذا أن إهتمام مدارس العلاج السلوكى بالأمراض العقلية قد بدأ متأخرا عن إهتمامهم بالإضطرابات الإجتماعية والنفسية الأخرى كالقلق والخوف والإكتئاب.

وحتى الآن، وبالرغم من الإنجازات الضخمة التى حققها المعالجون السلوكيون فى تعديل السلوك الفصامى، وفن إدارة العنابر العلاجية التى يمثل الفصاميون فيها عادة الشريحة الكبرى، حتى الآن لازال الإهتمام بهذا المجال محوطا باللغط والجدل والتردد. وقبل أن ندخل فى تحليل الأسباب التى إرتبطت بهذا الجدل من الضرورى أن نوضح مفهوم الفصام أوالمرض العقلى كما يراه المعالج السلوكى؟ فما هو العلاج السلوكى؟ وما هى الأساليب التى تستخدم فى هذا المجال؟ وأهم النتائج التى واكبت تطويع المبادىء السلوكية فى العلاج النفسى فى ميدان الفصام والأمراض العقلية؟ إجابة هذه الأسئلة تشكل الأهداف الرئيسية من هذا الفصل.

الفصام كما يراه المعالج السلوكى

ان الإتفاق بين المعالجين السلوكيين على ما يعنيه الفصام أقل بكثير مما هو عليه الحال بين الزملاء الآخرين من خبراء الصحة العقلية. ويشكو الكثير من المعالجين السلوكيين من أن المحكات التى يستخدمها أخصائيو الطب العقلى والنفسى محكات غير متكاملة وتفتقد إلى الثبات. فضلا عن

هذا فهم يشاركون زملاء المهنة الآخرين شكواهم من أن مفهوم الفصام ذو طبيعة غير متماسكة أو مترابطة. صحيح أن مرشد الطب النفسى الأمريكى(١) يرصد عددا من الأعراض المميزة للفصام، لكن هذه الأعراض تتداخل فى الأشكال المختلفة عن الفصام، فضلا عن أن هناك أشكال من الفصام توجد فيها اعراض لاتوجد فى الأشكال الأخرى على الإطلاق.

ويفضل المعالجون السلوكيون السلامة فيما يتعلق بهذا الجدل فى تعريف المرض العقلى أو النفسى، ومن ثم فإنهم يفضلون عند التعامل مع الفصام أو غيره التركيز على جوانب من السلوك الشاذ التى يمكن ملاحظتها وتقديرها وتعديلها. وذلك بدلا من الإعتماد على عملية التشخيص بالمعنى التقليدى. والمعالج السلوكى فى هذا يشبه تماما زميله الطبيب النفسى عندما يستخدم العلاج بالعقاقير. فمن المعروف أن عملية العلاج بالعقاقير تعتمد على ملاحظة التغيرات السلوكية أكثر من إعتمادها على عملية التشخيص .(٢)

أن المعالج السلوكى ببساطة لايتعامل مع المرض، ولكن مع الأنماط السلوكية التى تصف المرض وتشرحة، وتساهم فى تطوره، وعلاج الفصام- فى ضوء هذا التصور يعنى تعديل أو علاج أنوا ع السلوك التى أدت إلى تشخيص مريض معين بالفصام.

ولهذا نجد أن من أحد المطالب الرئيسية للعلاج السلوكى عند البدء فى أى برنامج علاجى فى مجال الفصام أن نحدد بالضبط السلوك الذى نرغب فى التخلص منه، ويوضح الجدول رقم (٨) بعض الصياغات السلوكية

المقبولة بين المعالجين السلوكيين لبعض التشخيصات السيكياترية الشائعة.

جدول رقم (٨)

الصياغات السلوكية لبعض الإضطرابات الرئيسية

الاضطراب	الصياغـة السلوكيـــــــة
١- عصاب	- وجهه يشحب - يغص أو يبلع ريقه كثيراً - يتوجس - يخاف - يرطب شفتيه - يعانى من صعوبات تنفس - يعرق بغزارة - أطرافه باردة - يجزع بشدة - لايستطيع رد الاهانة - يردد عبارات مثل)أنا قلق أو خائف)
٢- ذهان	- يضحك بدون سبب - يتحدث مع نفسه بصوت عالى - إستجابات شاذة : (ينزع مثلا ملابسه) - أفكاره غير مترابطة - يتفجر بالغضب دون سبب واضح - لغته مفككة - يلعب بأعضائه التناسلية علناً
٣- فصام	- يرى أو يسمع أشياء لا يحسها الآخرون - يهلوس- تتملكه هواجس ثابتة - يصعب عليه التفكير - يسب - يعتدى دون سبب - يرفض العلاج - يتكلم بلغة مفككة - شديد الانسحاب - لايكترث لمن حوله - لايكترث لمرضه.

تابع جدول (٨)

الاضطراب	الصياغة السلوكية
٤- إكتئاب	- يبكى - ساهم - بطىء الحركة - يردد عبارات مثل: أنا مكتئب - يرفض الطعام - وزنه يتناقص بمقدار(..) - يردد عبارات دالة على اليأس - ينتقد نفسه بشدة - يلوم نفسه بشدة - يصف نفسه بأنه مريض - يعبر عن شكاوى مرتبطة بالأرق أو صعوبات فى النوم

وهكذا تجد أن المعالج السلوكى عندما يتعامل مع مرض معين لايتعامل معه بصفته التجريدية التشخيصية لأنه يعرف مدى صعوبة وضع هذه الأنماط المجردة للعلاج المباشر والضبط. وهو يفضل بدلامن ذلك تحليلها إلى عناصر سلوكية أكثر نوعية وتحديدا، والشائع الآن- وكما ترى من الجدول السابق- النظر إلى الفصام على أنه مفهوم يجمع بين عناصر سلوكية تشمل وجود هلاوس، هواجس، أضطرابات فى الإنتباه، ضعف فى عمليات الترابط، التفكك اللفظى يعنى : أضطرابات فكرية أو معرفية، إضطراب فى السلوك الحسى- الحركى- السب- القلق- الإنسحاب الإجتماعى الشديد- عدم الإكتراث بالمرض عدم إستبصار، ضعف الإستجابات الوجدانية.

وهكذا نجد باختصار أنه بينما يركز الفصل الراهن على موضوع علاج الفصام، فإن طبيعة المنهج السلوكى تتطلب التركيز على علاج أنواع المشكلات السلوكية التى تسود وتنتشر بين من نطلق عليهم (فصاميون) بعبارة أخرى، فإننا نركز- هنا- وببساطة على علاج المشكلات السلوكية لدى الفصاميين .

لماذا تأخر ظهور العلاج السلوكى للفصام

يبدو أن سبب تأخر المعالجة السلوكية للإضطراب الفصامى يعود لإنتشار بعض المعتقدات الخاطئة فى تفسير السلوك الفصامى، وقد أدت هذه المعتقدات فيما يبدو إلى ردود فعل عاطفية ساهمت فى إثارة الشكوك حول إستخدام مناهج التعلم، ومبادىء الإكتساب التى يعتمد عليها العلاج السلوكى فى ميدان علاج الفصام. وفيما يلى سنوضح بعض هذه المعتقدات التى إنتشرت على نحو غير مفهوم-أو على الأقل أدت الى إستنتاجات خاطئة فى علاج الفصام .

الزعم الأول : الفصام مفهوم عام وفضفاض وغير مترابط :

صحيح أن خبراء الصحة العقلية يتفقون بشكل عام على عدم وجود محكات ثابتة لتشخيص الفصام، لكن المعالج السلوكى يتجنب هذا الجدل بكامله - كما رأينا - من خلال التركيز على أنواع السلوك الفصامى ، ومن ثم فهو يركز على علاج السلوك المضطرب الذى ينتشر بين الفصاميين، ويقيس المعالج السلوكى نجاحه فى العلاج من خلال التغيرات السلوكية الإيجابية فى السلوك المحورى(هلاوس - هواجس - عدوان - إنفجارات إنفعالية - قصور فى المهارات الإجتماعية كالحديث أو الحوار… ألخ). ومن ثم، فإن الإفتقاد للتماسك فى مفهوم الفصام بالمعنى الطبى لا يعنى أن العلاج السلوكى أمر متعذر. فالعلاج السلوكى يتبنى مفهوما عمليا وسلوكيا ويجب تقييم فاعليته فى علاج الفصام على هذا الأساس .

الزعم الثانى : الفصام ذو مصدر بيولوجى مما يجعله متعذرا على العلاج بالأساليب غير العضوية بما فيها العلاج السلوكى:

صحيح أن نسبة كبيرة من المعالجين السلوكيين ومن خبراء الصحة العقلية يتفقون أن الفصام أضطراب (بيولوجى) ، وصحيح أن البحوث المعاصرة تثبت أن الأساس البيولوجى والوراثى يلعب دورا هاما فى تطور الأعراض الفصامية وظهورها، لكن من المعروف أيضا أن العوامل البيئية تلعب بالمثل دورا هاما فى ظهور وتطور أعراضه، مما يجعل التناول السلوكى ممكنا على الأقل بالنسبة لبعض المشكلات الهامة فيه .

أن المفهوم الحديث للفصام يركز على النموذج الذى يتبناه (زوبن) و (سبرنج) (٣) والذى يرى أن الأعراض الفصامية تنشأ نتيجة للتفاعل بين الإستعدادات البيولوجية، والضغوط البيئية. ويوضح (بيلاك) و (مويسر) (٤) أن الأستعداد البيولوجى للفصام يتكون من عوامل متعددة منها وجود عوامل وراثية وعوامل نمو، أو إضطرابات بيوكيميائية (كزيادة نسبة الدوبامين Dopamine). كذلك يمكن أن نضم لهذه القائمة العوامل الخاصة بزيادة الإستجابات "الإستثارية فى الجهاز العصبى المركزى (٥) .

أما الضغوط التى تبين أنها تتفاعل مع الإستعدادت البيولوجية فى تطور الأعراض الفصامية فهى تشتمل على الشروط والحوادث البيئية التى تؤثر تأثيرا سلبيا فى الفرد بما فيها **الأزمات الإجتماعية، وأنماط الإتصال الخاطئة، والوضعية الطبقية** (مثلا: الفصام يشيع فى

الطبقات الفقيرة أكثر من الطبقات المتوسطة أو العليا) . وتمتد الضغوط لتشمل التغيرات والحوادث الخاصة بالفرد كالمرض والعقاقير والمخدرات (٦).

ومن المعروف أنه كلما زادت درجة الإستعداد البيولوجي أو الأستهداف العضوى للمرض. كلما قل وزن الضغوط البيئية والشخصية فى أحداث الإضطراب. وبالعكس فإن أى ضغوط ولو كانت ضئيلة، ستؤدى إلى إثارة الأعراض الفصامية فى الشخص المستهدف بيولوجيا لذلك .

ويبدو أن ترجمة الضغوط فى حالات الأستهداف البيولوجى إلى أعراض فصامية تتوقف على القدرات التكيفية للفرد، أى على ما إكتسبه من قبل من وسائل تمكنه من حل المشكلات الإجتماعية والتعامل مع الصراعات والأزمات والمهارات الإجتماعية ورعاية النفس. ولهذا تمتد القدرات التكيفية للفرد لتشمل قدراته اللغوية، وقدراته على إستخدام وسائل المواصلات والتعامل مع النقود، والرعاية الصحية للنفس والتعامل مع الآخرين وفنون الإحتكاك بالمجتمع. ومن المؤكد أن التدريب على القدرات التكيفية وهو من عمل المعالج السلوكى- ستقلل بكثير من الآثار السلبية للضغوط أو ستقلل على الأقل من حدة الشعور بها أو من إستمرار تأثيرها السلبى .

الزعم الثالث : الفصام يمكن علاجه بنجاح بإستخدام العقاقير الطبية فقط :

لاشك أن تطور العقاقير الطبية المضادة للذهان قد أحدث ثورة هائلة فى حركة الصحة العقلية وتطور العلاج الطبى للفصام منذ ١٩٥٠، لكن بعض

التقارير الطبية الحديثة تكشف في هذا الصدد عن بعض المشكلات والتي منها إن حوالي ٥٠٪ من الفصاميين لا يستجيبون إيجابيا للأدوية الذهانية (٧ و ٨ و ٩ و ١٠) ، ومن بين الذين يستجيبون إيجابيا لها تحدث بين حوالي ٣٠ ٪ منهم إنتكاسات في خلال عام و ٥٠ ٪ تحدث إنتكاساتهم في خلال عامين (١١ و١٢) وبالرغم من أن هذه العقاقير تنجح في علاج بعض الأعراض كالهلوسة ، والهواجس فإن أعراضا فصامية أخرى وهامة مثل عدم الإكتراث ، والإنسحاب الإجتماعي وفقدان القدرة على النشاط والحركة لا تتأثر علاجيا بهذه العقاقير(١٣) ـ هذا فضلا عن أن الآثار الجانبية للعقاقير الذهانية – والموثقة توثيقا جيدا – تكون أحيانا ذات أثر سلبي لا يقل عن الآثار السلبية التي يتركها الإضطراب نفسه على الشخصية. صحيح أن هناك عقاقير أخرى تعطى للتحكم في هذه الآثار الجانبية لكن حتى هذه لها أيضا آثارها الجانبية (١٤). والخلاصة، ومع الإعتراف بدور العقاقير الهام في ميدان الفصام ، إلا أنها ليست البلسم الشافي لكل المرضى الفصاميين، ولكل الأعراض الفصامية. ومن المؤكد أن مناهج أخرى من العلاج والتأهيل، وتدريب القدرات التكيفية الإجتماعية للمرضى الفصاميين تعتبر مطلبا رئيسيا. ولاشك أن العلاج السلوكي يعتبر من المناهج العلاجية الرئيسية المطلوبة لهذا المجال .

أهداف العلاج السلوكي للفصام

كيف يمكن أن نقيم فاعلية برنامج علاجي معين؟ يمكن بالطبع تحقيق ذلك بملاحظة مدى تحقيق هذا البرنامج لبعض الأهداف المحددة. ومن ثم

يمكن تحديد ثلاثة أهداف رئيسية للعلاج السلوكي للفصام :

١- أهداف متعلقة بزيادة القدرات التكيفية والتوافق للمجتمع :

من المتفق عليه بين أقطاب العلاج السلوكي (١٥، ١٦، ١٧) أن الهدف الرئيسي من العلاج السلوكي للفصام هو: التغيير في جوانب من سلوك الفرد بحيث يستطيع أن يمارس حياة فعالة خارج المستشفى. ويمكن معالجة التوافق الإجتماعي الجيد في ضوء أربع فئات رئيسية هي :

* تخفيض حدة الأنماط السلوكية المضطربة أو إزالتها.

* تنمية القدرة على تكوين علاقات شخصية إجتماعية فعالة (مثل القدرة على رعاية الذات، والإهتمام بالتفاعل الإجتماعي والدخول في علاقات إيجابية وتطور مهارات الإتصال) .

* تنمية القدرة على التوافق المهني والقابلية للتدريب أو بتعبير بول(١٨) مايسمى بالفاعلية في آداء الدور.

* وهناك الفئة الرابعة من الأهداف التي بدأت تنمو في الحقبة الأخيرة وهي تتعلق بتغيير بعض العوامل الهامة مثل صورة الذات أو إعتبار الذات (١٩) ، والقدرة على حل المشكلات المستعصية (٢٠)

ومن الجدير بالذكر أن غالبية الدراسات المنشورة عن العلاج السلوكي تثبت وجود تغيرات أساسية في الأنماط السلوكية الخاصة بإحدى الأهداف السابقة على الأقل، ومن ثم يمكن إعتبارها متصلة بالهدف الأشمل الخاص

بالتوافق للمجتمع. وينبغى هنا أن نشير إلى أنه لا يجب النظر إلى جوانب التحسن فى السلوك كما تظهر لدى الفرد فى داخل المستشفى على أنها منفصلة عن تلك التى ينبغى أن تظهر بعد خروجه من المستشفى ،إذ أن عملية تقييم التوافق مع المجتمع الخارجى ينبغى أن تبدأ فعلا فى داخل المستشفى. ذلك لأن تأثير التغيرات الحاسمة يمكن الإحساس بها فى داخل المستشفى وتظهر فى الجوانب المتعددة من التفاعل مع بيئة المستشفى. مثال هذا أن نلاحظ مثلا أن إتجاهات العاملين نحو المريض تبدأ فى التغير(٢١، ٢٢، ٢٣، ٢٤) كذلك يبدأ الأباء والزائرون فى الإستجابة بطريقة إيجابية مختلفة (Ayllon 1963) والمرضى الآخرون (٢٦) يصبحون ايضا أكثر إيجابية ، كما أن المريض نفسه قد يصبح أكثر قدرة على الاستجابة للبرامج العلاجية الاخرى(٢٧) .

٢- أهداف متعلقة بالتوافق لبيئة المستشفى :

من الملائم أن نعمل على تحسين سلوك المريض فى داخل المستشفى حتى ونحن نعرف مثلا بأنه لاأمل فى خروجه منها أو أنه قد يقضى حياته كلها بين أسوارها.

فلا جدال فى أن قدرة المريض على ضبط تبوله أفضل من عجزه عن ذلك وإحتفاظه بأسنان نظيفة سليمة وتنفس طيب أفضل من أن يكون ذا اسنان فاسدة أو رائحة كريهة، وإحتفاظه بنظافة جسده وصحته أفضل من أن يعانى من الأمراض الجلدية التى قد تسببها الرعاية الصحية السيئة .

ومن وجهة الصحة العامة فلا جدال أيضا فى أن الإحتفاظ بدرجة من النشاط أفضل من التقاعس، حتى لو كانت فرصة خروج المريض من المستشفى ضئيلة. فضلا عن هذا فإن هناك ما يثبت بأن مستوى نشاط مريض معين قد تكون له أثار علاجية على مريض آخر.

كما أننا لسنا فى حاجة لتأكيد الأهداف التى تتضمن سلامة المريض والعاملين والمرضى الآخرين فى العنبر. فبالنسبة لكثير من الأفراد الموجودين فى العنبر العلاجى من الأسلم مثلا أن لا يشعل المريض الحرائق وألا يحطم زجاج النوافذ ، وألا يتهجم على الآخرين (٢٩، ٣٠، ٣١).

كل تلك الأحداث السابقة قد ترتبط أو لا ترتبط بالهدف الأساسى وهو توافق المريض مع المجتمع ، لكن لا جدال فى أنها أهداف ملائمة وصحية فى ذاتها. وإذا كان كثير من المهتمين بالصحة العقلية يركزون بقوة على هدف واحد ويتجاهلون الأهداف الأخرى فإن أهداف المعالج السلوكى متعددة وكثيرة وتتلائم مع مناهجة .

٣- أهداف متعلقة بالعاملين :

من الملائم عند قياس فاعلية المناهج العلاجية السلوكية الإهتمام بالنتائج التى يتركها تنفيذ هذه البرامج على العاملين مع المريض بما فيهم الأطباء والأخصائيون وجهاز الممرضين والممرضات. أن البرامج التى تؤدى إلى تكوين مرضى مقبولين إجتماعيا تؤدى بدورها إلى توفير جهد العاملين وطاقتهم ووقتهم، كما تؤدى إلى رفع الروح المعنوية ، و المسئولية، والرغبة فى بذل الطاقة ، والأمل فى إرتفاع مستوى الرضا عن العمل بين

العاملين(٢٣) . وعلى سـبيل المثال وجد (ونكلر) Winkler (٣٣) أن نسبة غياب العاملين تقل بنسبة ٢٤٪ بعد تنفيذ برنامج العلاج السلوكى القائم على الجزءات الرمزية فى عنبر علاجى بالمقارنة بعنبر آخر ضابط .

وهناك أدلة قوية تثبت أن التغير فى سلوك العاملين يؤدى إلى تغيرات ملموسة فى سلوك المرضى أنفسهم، فمن ناحية سيؤدى ذلك إلى أن العاملين سيكرسون وقتا أطول من جهدهم للمرضى عند تنفيذ البرنامج العلاجى (٣٤) ، وازدياد الإتجاهات الإيجابية لدى العاملين سيساهم بدوره فى إزدياد غبطة المرضى وتقدمهم. ومهما كانت النتائج فإن توظيف العلاج السلوكى لتحقيق الأهداف المتعلقة بالعاملين امر يجب حسابه .

نماذج
من الأساليب العلاجية.. السلوكية للفصام

بالرغم من أن الأساليب التى أمكن توظيفها فى علاج المرضى الفصاميين ضئيل نسبيا فإن هناك من النتائج ما يبين أن إستخدام هذه الأساليب يؤدى إلى تغيرات واضحة وملموسة فى سلوك المرضى، وفى الجزء التالى سنناقش بعض الأساليب البسيطة، ثم الأساليب العلاجية المركبة (أى التى تتضمن التآليف بين الأساليب الأساسية البسيطة، فضلا عن الإستراتيجيات الناتجة عند تطبيقها).

أ الأساليب الفردية

١- أساليب التدعيم

أ- التدعيم الإجتماعى :

من أكثر اساليب العلاج السلوكى ذيوعا تلك التى تتضمن التقديم المنظم للتدعيم الإجتماعى مثل المدح والتحبيذ، أو الإمساك عنها. ولأن من المعتقد أن التدعيم االإجتماعى يقوم بدور المدعم الشرطى للسلوك، فإن بعض الأراء التى ترى أن تقديمه يجب أن يكون مصحوبا بمدعمات ملموسة بطريقة منظمة حتى يمكن زيادة خصائصه التدعيمية للسلوك (٣٦.٣٥) . والحقيقة أن هناك ما يؤيد صدق هذا التصور(المراجع السابقة) . فبالنسبة لكثير من

المرضى (أو الأغلبية منهم على الأقل) تكون قيمة التدعيم بالمدح والإنتباه فعالة حتى قبل أن تصحبه مدعمات أخرى. وتشير بعض التقارير المنشورة إلى أن التدعيم الإجتماعى عندما يستخدم بعناية يمكن أن يؤدى وحده إلى تغيرات محسوسة فى سلوك المرضى. ففى تقرير مبكر (٣٧) عن إستخدام التدعيم فى مجال المرض العقلى، تبين أن مجرد تجاهل السلوك المرضى قد أدى إلى تغيرات ملحوظة فى سلوك مريضين عقليين. وفى دراسة أخرى(٣٨) ، ثبت وجود تغيرات ملموسة فى نسبة الهواجس والتفكير غير المنطقى فى مريض عقلى نتيجة لمجرد الإبتعاد عن المريض عندما تحدث مثل تلك الأفكار الهاجسية والقرب منه وتوجيه الإهتمام له عندما يتحدث بطريقة منطقية مترابطة. وفى دراسة ثالثة (٣٩) تبين أن إظهار الإنتباه قام بدور مدعم للسلوك (العزوف عن تناول الطعام) عند مريض فى الرابعة والثلاثين أصيب بهزال شديد ، ولم يكن وزنه يزيد عن ثمانية وخمسين رطلا. لقد إستطاع هذا المريض أن يكون عادات غذائية فيما لا يزيد عن خمسة أيام لمجرد تجاهله بطريقة منتظمة عندما كان يعزف عن تناول وجباته الغذائية. كما إستخدم اسلوب المدح فى محاولة ناجحة لزيادة (الوعى بالعلاقات الشخصية) بمجرد تعليم المرضى أسماء المرضى والأشخاص الآخرين فى بيئتهم. أما "مور"و "كروم" (٤٠) فقد إستخدما اسلوب التأييد والتقبل فى مقابل أسلوب سحب التأييد والتفاعل مع فصامية شديدة السمنة، وقد أدى ذلك الأسلوب إلى تناقص وزنها بمقدار خمسة وثلاثين رطلا . كذلك وجد أن أسلوب المناقشة مع التدعيم اللفظى الإيجابى مع مجموعة ضابطة قد أدى إلى تحسن دال فى مستوى النظافة ورعاية الذات (٤١) . وفى نفس

هذه الدراسة تبين أن هذه التغيرات قد إنتشر تأثيرها الإيجابى على خصائص أخرى، فقلت العداوة الهجاسية وارتفع إعتبار الذات على مقاييس أعدت لهذا الغرض .

وفى دراسة أخرى عن تأثير التدعيم الإجتماعى قام عدد من الباحثين بتقييم تأثير وضع رمز أو نجمة أمام المرضى الذين إستطاعوا أداء جوانب من النشاط السلوكى دون تذكيرهم (وذلك كتصفيف الشعر وترتيب الأسرة وتلميع أحواض الغسيل). وقد تبين للباحثين أن وضع هذه العلامات قد أدى إلى زيادة ملحوظة فى أداء جوانب النشاط السلوكى السابقة، لكن الزيادة كانت أكبر عندما لم يكن يسمح الا لمن حصلوا على هذه العلامات بتناول غذائهم فى صالة الطعام (٤٢) .

واضح إذن أن تلك الدراسات وغيرها تبرهن بقوة على أن التدعيم الإجتماعى يعتبر عنصرا قويا للغاية فى تغيير سلوك المرضى. وعلى هذا فمن الواجب تدريب العاملين فى عنابر الصحة العقلية والمؤسسات وإطلاعهم على قيمة إستخدام أساليب التأييد وإبداء الإهتمام. لكن هذا لايمنع من التحذير مما يأتى :

– أن السلوك الذى نريد تعديله (أى السلوك المحورى) قد يكون نتيجة لشروط سابقة كالقلق والتوتر، أو أنه ربما يكون إلى حد ما (أن لم يكن تماما) من إختلاق المعالج وفى مثل هذه الحالات قد لايؤدى التوقف عن الإهتمام (أى الإنطفاء) إلى إزالة هذا السلوك. فضلا عن هذا تبين أن التدعيم الإجتماعى قد يكون سلاحا ذا حدين ، (٣٤) بمعنى :أن التدعيم

الإجتماعى (كالتحبيذ مثلا) قد يؤدى إذا ما إستخدمناه مع بعض المرضى إلى التدهور فى أدائهم. بينما قد يتحسن أداؤهم ويزداد إذا ما إستخدمنا معهم التدعيم الإجتماعى السلبى أو النقد) .

وبإختصار ينبغى إستخدام أساليب التدعيم الإجتماعى بحكمة وتنبه لأثارها الحساسة، وللفروق بين الأفراد والمواقف.

ب- التدعيم الأولى المباشر :

فى دراسة سابقة مبكرة (٤٤) تبين أن نسبة تناول الوجبات الغذائية تزداد عندما يقدم الطعام ويبعد فى أوقات محددة. كما أن هناك دراسات إضافية إستخدمت أسلوب تقديم تدعيم مباشر (فاكهة- حلوى- سجائر- مشروبات غازية.. الخ) مع بعض المرضى البكم (أو الأشبه بالبكم) لتنمية القدرة على الكلام لديهم (٤٥) وبالرغم من أن تتبع بعض الحالات بعد عام ثم مرور ثمانية عشر شهرا بين أن نتائج هذا الأسلوب مشجعة، الا أن نسبة الكلام التى تتكون بهذه الطريقة غالبا ما تكون ذات طبيعة الية، أو خلو من التلقائية.

ومن ناحيتنا ننصح أن يتوقف المعالجون السلوكيون عن إستخدام أسلوب التدعيم الأولى المباشر مع بعض المرضى المزمنين، لأن الحصول على المدعمات المباشرة قد يكون عملا عسيرا للغاية بالنسبة لهؤلاء المرضى، مما قد يترك أثارا إحباطية مؤلمة لديهم، فضلا عن الإعتبارات الخلقية والقانونية التى قد تثار نتيجة للتحكم فى تقديم هذه المدعمات الحيوية أو حجبها.

أن الإمتناع عن تقديم الطعام امر تحوطه إعتبارات خلقية وقانونية متعددة بطبيعة الحال (٤٦) . ولهذا يقدم بعض الباحثين حلا وسطا لهذه المشكلة بإستخدام أنواع من الأطعمة الترفيهية أو المغلفة بشكل جذاب (كالفاكهة والحلوى والمشروبات الغازية)، وبعضهم يرى أن من حق المريض أن يتناول وجبة غذائية ملائمة من حيث الشروط العامة للصحة البدنية، لكن إذا تعلق بحصول المريض على طعام ترفيهى فإن عليه أن يتصرف بطريقة ملائمة حتى يحصل عليه. ثم أليس هذا ما يتطلبه المجتمع الخارجي ويعامل أفراده على أساسه؟.

٢- أساليب التشبع بالمنبه *

تتضمن هذه الأساليب الإعتماد على (التكرار المفرط) للسلوك المرضى، أو إغراق الفرد بمنبه ذى طابع تدعيمى حتى يتحول هذا المنبه إلى منبه محايد أومنفر، وقد إستخدم (١٩٥٩) Ayllon and Michal (٤٧)هذا الأسلوب بنجاح مع مريض إعتاد التقليب فى القمامة حتى أصيب بطفح جلدى. وأستخدم هذا الأسلوب مع مريضة إعتادت على إختزان (المناشف) فى حجرتها مما كان يؤدى بهيئة التمريض إلى إستنفاذ جهودهم فى أعمال تافهة. ويزعم (وولف) (٤٨) أنه أستطاع أن يقلل من الهواجس المريضة عند مريض فصامى من خلال حمل المريض على تكرار هواجسه بصوت مسموع لمدة ساعة يوميا.

وعلى العموم فإنه بالرغم من عدم وفرة البحوث التجريبية عن أساليب

---

* Stimulus Statiation.

التشبع بالمنبه، فأن التقارير القليلة المنشورة عنها مشجعة وليس من الغريب لهذا أن نجد أنها تثبت فاعليتها عند إستخدامها مع المرضى، بما فى ذلك الفصاميين.

٣- أساليب التنفير *

يعبر أسلوب العلاج بالتنفير عن محاولة ربط ظهور نمط سلوكى معين بمنبهات غير سارة، أو التحكم فى منبه غير سار بحيث يصبح تقديمه نتيجة لأداء السلوك غير المرغوب.

ومن أوضح الأمثلة على ذلك أن «أجراس» (٤٩) أستطاع أن يعالج بنجاح حالة مريض إعتاد على تحطيم زجاج نوافذ العنبر وذلك بتوجيه صدمة كهربائية مؤلمة عندما كان المريض يذكر له ضمن تصوراته البصرية بأنه يحطم لوحا من الزجاج.

لكن الأن أصبح إستخدام أساليب التنفير مع الفصاميين محدودا للغاية، ربما بسبب بعض المسائل الخلقية المحيطة بتطبيق هذه الأساليب مع المرضى المحجوزين. ولعل من أهم المشكلات التى تحول دون نجاح إستخدام منبهات التنفير هى صعوبة تعميم النتائج من الشروط التجريبية (فى العيادة) إلى مواقف الحياة العملية. فقد تبين أن الأفراد العاديين الذين يخضعون لأساليب العلاج بالتنفير عادة ما يفرقون بين الظروف المختلفة التى إذا حدثت تحدث معها المنبهات المنفرة، وتلك التى لاتحدث معها هذه المنبهات (وذلك كالتفريق بين عيادة المعالج فى مقابل العالم الخارجى) ولكن

* Aversion

لعل هذا السبب هو نفسه الذى قد يجعل من تلك الأساليب ناجحة إذا ما أستخدمت مع المرضى الفصاميين. فالقصور المعرفى لدى الفصاميين، وضعف قدراتهم على التمييز بين المواقف يجعلهم يتوقفون عن السلوك غير المرغوب في المواقف التى تحددها طبيعة العلاج فقط ودون أن تمتد أثار العقاب السلبية إلى مواقف أخرى.

٤- أساليب الضبط - الذاتى *

صحيح أن كثير من الفصاميين لايوجد لديهم الدافع لمواصلة إستخدام أساليب الضبط الذاتى، لكن هناك بعض التقارير التى توحى بأن هذه الاساليب تفيد في علاج بعض حالات الفصام، وفيمايلي أهم تلك الأساليب.

أ- المراقبة الذاتية Slef Monitoring :

وجد (روتنر)و(باجل) (٥٠)أن مقدار الهلاوس الصوتية بالنسبة لمريضة فصامية هبط من (١٨١) يوميا إلي (صفر) بعد عشر يوما يطلب خلالها من المريضة أن تسجل عدد الهلاوس التى تسمعها. وقد إحتفظت بنفس هذا المستوى من التحسن حتى بعد خروجها من المستشفى لمدة ستة أشهر، غير أن (هتزل) (٥١) يشير إلى أن هذا التناقض قد يكون نتيجة للتدعيم الإجتماعى عندما كانت المريضة تسجل التناقض فى هلاوسها وأن مقدار الهلاوس الفعلية قد يبقى كما هو، ولكى يتحقق الباحث من هذا الإفتراض أحرى دراسة إستخدم فيها أسلوب المراقبة الذاتية في علاج

* Self Control

الهلاوس وأستطاع من خلالها أن يضبط العوامل المتعلقة بتأثير سلوك التسجيل نفسه، والتدعيم الفارق، وتوقع المريض. وقد أشارت نتائجه إلى أن مقدار الهلاوس قد تناقص بمقدار 20% فقط خلال ستة أشهرأسابيع من تطبيق هذا الأسلوب.

ب- الصدمة الذاتية :

أعطى (بوتشر)، (فابريكاتور) [٥٢] جهازا سهل الحمل لتوجيه صدمات كهربائية لمريض فصامي كان يشكو من بعض الهلاوس الصوتية، وطلبا من المريض أن يوجه لنفسه صدمة كهربائية حالما يسمع تلك الأصوات. وفي خلال بضعة أيام، قرر المريض بأن الأصوات قد أختفت فضلا عن هذا، قرر هذا المريض أنه لم يسمع هذه الأصوات بعد ذلك لمدة خمس وثلاثين يوما، وبعدها تم خروجه من المستشفى. وفي عام ١٩٧١ أستخدم (واينجرتنر) اسلوبا علاجيا مماثلا في دراسة جماعية، وإستنتج بأن من الصحيح أن توجيه صدمات كهربائية للذات لدى مجموعة من المرضى الفصاميين قد أدى إلى تحسنهم بالمقارنة بمجموعة ضابطة، ألا أن العنصر الأساسي المسئول عن هذا التغير يتوقف في رأيه على التوقعات التي يبنيها المرضى عن فاعلية العلاج بهذا الأسلوب.

وإستخدام باحثان أخران [٥٣] طريقة مماثلة للأسلوب السابق مع مجموعة من المرضى لمدة أسبوعين لكنهما لاحظا أن هذا الأسلوب لا يؤدي للأثر المرغوب. لهذا قاما بإبتكار طريقة أخرى تقوم على إستخدام أسلوبي الإثابة والتدعيم بطريقة أدت إلى ضبط الهلاوس البصرية لمريض فصامي.

وكانت المشكلة الرئيسية لهذا المريض هى أنه كان يستغرق وقتا طويلا فى تنفيذ النشاط اليومى الروتينى بسبب إنشغاله الدائم فى لوازم حركية (بالوجه واليد)، كان يزعم بأنها محاولات منه لإبعاد الهلاوس من مجاله البصرى. وقد قامت طريقة العلاج على وضع برنامج علاجى يتم من خلاله التدعيم الإيجابى للمريض كلما قلل من الفترة التى يقضيها فى تناول إفطاره وغذائه، وعقابه بصدمه كهربائية إذا ما بدأ فى ممارسة لوازمه الحركية الطقوسية أثناء عبوره الأبواب المؤدية إلى صالة الطعام. وقد طلب الباحثان من أحد المساعدين (ممن لم يكونوا على علم بفروض البحث التجريبية) أن يسجل شدة الهلاوس لدى هذا المريض. وقد اثبت تحليل هذه الملاحظات المضبوطة وجود تناقص ملحوظ فى هذا السلوك بإستخدام أسلوبى العقاب والتدعيم، كما تقرر ملاحظات المريض نفسه أن هذا التحسن قد يشمل بعض المواقف الأخرى فى حياته.

وبإختصار فإن النتائج المتجمعة عن إستخدام هذا الأسلوب فى مجال الفصام غير قاطعة ولا تسمح بوضع إستنتاجات محددة لأن الفصاميين الذين يمكن أغراؤهم بتتبع تعليمات المعالج عند تطبيق أسلوب الصدمة الذاتية ضئيل للغاية.

ج- التوجيه المعرفى للذات :

يقرر (ماشنبوم) (٥٤) وجود نتائج واعدة للغاية فى تدريب الفصاميين على إستخدام بعض الأساليب المعرفية الملائمة لحل المشكلات المستعصية. وتقوم طريقته على تحديد عمل عقلى من قبل المجرب **أولا**، ثم **ثانيا** أن

يصف المجرب للمريض طريقة أدائه لهذا العمل، ثم يطلب من المريض، **ثالثا** أن يؤدى العمل متتبعا التعليمات التى يلقيها عليه المجرب إذا ذاك، وأن يؤدى العمل، **رابعا** وهو (أى المريض) يكرر نفس التعليمات بصوت مسموع، ثم **خامسا** بصوت غير مسموع بعد ذلك. وقد أثمر هذا البرنامج من التوجيه المعرفى للذات عن تغيرات ملحوظة فى كثير من الجوانب السلوكية المعقدة كالإنتباه، واللغة كما عم تأثيره مجالات أخرى لم يشملها برنامج التدريب الأصلى. لهذا فإن هذا الأسلوب يعتبر واعدا للغاية.

٥ — أسلوب التفجير الإنفعالى

فى هذا الأسلوب يطلب من المريض أن يتخيل (وبأقصى ما يمكنه من قدره على التخيل الحى) مواقف واقعية أو رمزية تؤدى إلى إثارة القلق لديه. والهدف من هذه الإجراءات هو التخلص التدريجى التام من القلق من خلال الإنطفاء بتقديم المواقف مرة بعد الأخرى دون أن يصحبها أذى بدنى.

أما عن توظيف أسلوب العلاج بالتفجير فى مجال المرض العقلى أو الفصام، فهناك دراسات تثبت فاعلية العلاج بالتفجير مع الفصاميين. وعلى العموم فإن نتائج العلاج بالتفجير الإنفعالى مع المرضى الفصاميين واعدة إلى حد ما، ولو أنها غير قاطعة والذى لاشك فيه أن هذا الأسلوب يقدم خطوة أخرى تشجع على مزيد من البحث.

٦ —— تدريب المهارات الإجتماعية

التدريب على تأكيد الذات :

يعتبر « ولبى » [٥٥] أول من قدم أسلوب التدريب على تأكيد الذات كأحد الأساليب الرئيسية فى نظريته عن الكف المتبادل وبالرغم من أنه

لاتوجد دراسات ضابطة مع الفصاميين، فقد نشرت الآن دراسات إعتمدت على منهج دراسة الحالة. فمثلا (٥٦) أمكن تعليم مريض فصامى بنجاح القدره على تأكيد نفسه مع زوجته وأسرتها. كذلك أمكن إستخدام أسلوب التدعيم الإجتماعى مع أسلوب التدريب على تأكيد الذات فى علاج الهلاوس والهواجس والإنسحاب المرضى لدى مريض فصامى بنجاح. وتشير الدراسة التتبعيه لهذا المريض لعامين متتالين إلى خلوه من الأعراض الفصامية بعد ذلك. وفى دراسة أخرى (٥٨) أمكن تعليم أساليب التأكيد فى جلسات جماعية مع المرضى الفصاميين وكان الإستنتاج كما يأتى:

ينجح المرضى الفصاميون المزمنون فى التوقف عن تعلم إستجابات لا تكيفية كالعدوان، والخضوع الشديد وأن يستبدلوها باستجابات تكيفية قائمة على تأكيد الذات. ولتحقيق هذا الهدف نجد أنهم ينجحون تماما فى ممارسة أساليب لعب الأدوار وإعادتها دون أى إثار سيئة.

ولعل أكبر مجموعة فصامية أمكن تدريبها على تأكيد الذات تكونت من أربعة عشر مريضا ممن وصفوا بالإفتقار إلى تأكيد الذات فى المواقف الاجتماعية وتراوحت جلسات العلاج الفردى لهم من ١٨: ٣٠ جلسة، وكان الهدف من هذه الجلسات هو تدريبهم على تأكيد الذات بإستخدام أسلوب تمثيل الأدوار. وقد تبين للباحثين أنه لم يستفد من هذا الأسلوب إلا إثنان فقط من المرضى، ويعتقد الباحثان (٥٩)، أن المشكلة الأساسية التى تواجه تطبيق هذا الأسلوب لدى هذا النوع من المرضى هى عجزهم عن وضع

أنفسهم فى مواقف تأكيدية وهم لم يكونوا من قبل إلا إشخاصا سلبيين وإنسحابيين. فضلا عن هذا فإن كثيرا من أفراد هذه العينة قد عجزوا عن محاكاه الأدوار التى شاهدوها من خلال الوصف أو الأداء، أما البعض الأخر فقد عجز عن تذكر الدور الذى قام به فى جلسة سابقة، كما أن بعض المرضى وصف هذا الإجراء بأنه إجراء مصطنع وغير واقعى.

٧ – العلاج بالتطبيق المتدرج (إزالة الحساسية) والإسترخاء

بالرغم من أن ولبى (٦٠)وهو أول من قدم أسلوب العلاج بالتطمين التدريجى يقرر بأنه لا يصلح فى علاج الفصاميين ألا أن هناك عددا من الباحثين إستطاع أن يطوع هذا الأسلوب للتعامل مع هؤلاء المرضى.الحقيقة أن النتائج تتضارب من بحث لأخر.

ولعل الدراسة الوحيدة المضبوطة عن إستخدام أسلوب التطمين بين المرضى الفصاميين تلك التى نشرها (زايست) Zeisset (٦١) على مجموعة من ٤٨ فصاميا قسمهم عشوائيا إلى اربع مجموعات فرعية علاجية :

١– مجموعة تلقت علاجا بالتطمين المنظم.

٢– مجموعة تلقت تدريب على الإسترخاء.

٣– مجموعة ضابطة تلقت إهتماما عاما.

٤– مجموعة ضابطة رابعة لم تتلقى أى علاج على الإطلاق.

وتبين نتائج هذا البحث أن المجموعتين الأولى والثانية قد كشفتا عن تحسن ملحوظ فى مستوى القلق بالمقارنة بالمجموعتين الضابطتيين. لكن المجموعة الأولى والثانية لم تختلفا فيما بينهما إختلافا جوهريا. لهذا يقرر المجرب أن أسلوب التطمين المنظم يلعب دورا فعالا فى تعديل سلوك بعض الأنماط الفصامية" P.24.

وهناك أيضا نتائج إيجابية نشرت عن أربع حالات مرضية: حالتان منهما قدمهما (كاودين) و (فورد) (٦٢). وتصف الحالة الأولى مريضا فصاميا من النمط الهجاسى ، تم إختياره للعلاج بالتطمين المتدرج لأنه كان ينزعج ويضطرب للغاية عندما يتحدث مع أشخاص أخرين. ويشير التقرير إلى أن هذا المريض قد إستطاع فى نهاية العلاج بالتطمين المتدرج أن يتحدث للأخرين بحرية أكثر، أما الحالة الثانية فهى ايضا لمريض هجاسى، كان ينزعج للغاية إذا ما ترك حجرته دون أن يرجع من جديد بطريقة قهرية لكى يتأكد أنه لم ينسى شيئا وراءه. وقد تضمن علاج هذا المريض عددا من الأساليب إشتملت على أسلوب التطمين والتنويم الصناعى والتدريب على التخيل الحى. وتشير النتائج إلى قدر معقول من النجاح.

وفى حالتين أخريين (٦٣) تبين أن الهلاوس يمكن التقليل منها أو إزالتها بإستخدام التطمين المنظم. وفى كلتا الحالتين كان يبدو أن القلق أو التوتر هو العامل الرئيسى لظهور هذه الهلاوس. ونتيجة لهذا فإنه أمكن علاج هؤلاء المرضى فى المواقف التى كانت تستثير لديهم القلق أو التوتر. ففى حالة منها كان التدخين هو مصدر القلق. لذلك حاول المعالج تعديل

عملية التدخين فضلا عن إستخدام أساليب للإقلال من التدخين الفعلى. ومن ثم فإن نتائج التطمين فى هذه الدراسة كانت مختلطة إلى حد بعيد بالإقلال من التدخين. والحالة الأخرى قدمت بدورها دليلا إيجابيا على مدى فاعلية هذا الأسلوب لكن هناك أيضا دراسات تثبيت عدم فاعلية أسلوب إزالة الحساسية مع المرضى الفصاميين. لكن يمكن إقامة كثير من الحجج ضد تلك الدراسات التى لم تكشف عن فاعلية أسلوب التطمين. ولعل أقوى حجة هى أن على ممارس العلاج السلوكى أن يتذكر دائما أن هذا الاسلوب قد تطور من أجل علاج المشكلات المرتبطة بالقلق اساسا، وأن غالبية المحاولات العملية يجب أن تتم فى داخل هذا النطاق.

ويبدو لى فى ضوء أوجه القصور المعرفية والدافعية لدى الفصاميين أن إجراءات التطمين المنظم مع التعرض لمواقف حية ذات نتائج أفضل. وبالرغم من أن أحد الباحثين (٦٤) يذكر على سبيل المثال- أن أسلوب التطمين المنظم لا يثمر عن فائدة تذكر بين الفصاميين، فإنه يقرر أن إستخدام هذا الأسلوب مع التخيل الحى قد أدى إلى تناقص ملحوظ فى الهلاوس الصوتية. كذلك ينجح باحثان أخران (٦٥) فى رصد بعض النجاح لأسلوب التخيل الحى فى علاج مريض لم يكن قادرا على ترك حجرته دون معاودة الرجوع القهرى لها. فضلا عن هذا تبين نجاح هذا الأسلوب فى علاج مريض فصامى هجاسى كان يخشى الخروج من المستشفى خوفا من أن تقتله المخابرات المركزية. والحقيقة فإن الدلائل تشير إلى نجاح هذا الأسلوب بشكل خاص مع الفصاميين. ولا توجد بحوث تدحض حتى الأن فاعلية أسلوب التطمين المتدرج المصحوب بالتخيل الحى فى علاج اضطرابات الخوف والقلق لدى الفصاميين .

الخلاصـــة

أصبح من الممكن للمرضى العقليين والفصاميين ـ بفضل تطور مناهج العلاج السلوكى والمعرفى ـ أن يكتسبوا كثيرا من السلوك الإيجابى، وأن يتخلصوا من الجوانب الفكرية والسلوكية الشاذة . وأن يتطوروا بامكانياتهم في التوافق الاجتماعي والمهنى . وقد ناقش هذا الفصل العناصر السلوكية الداخلة فى تعريف الأمراض العقلية الذهانية بما فيها الفصام والاكتئاب تمهيدا لشرح خطة علاجها السلوكي . فضلا عن هذا قدم هذا الفصل بعض المعتقدات الخاطئة (المزاعم) التى انتشرت بين المختصين فى الصحة العقلية والطب النفسى، والتى كان من شأنها اعاقة نمو المناهج العلمية فى العلاج النفسى وتعطل ظهور حركة العلاج السلوكى للفصام والأمراض العقلية.

وقد أوضح هذا الفصل انه بالرغم من أن الأساليب السلوكية التى أمكن توظيفها فى علاج المرضى الفصاميين ضئيل نسبيا، فان النتائج تشير إلى فعالية هذه الأساليب ونجاحها فى علاج كثير من الجوانب السلوكية الفصامية. ومن ثم ناقشنا أهم هذه الأساليب مع نماذج من تطبيقاتها فى ميدان الفصام، وأهم المشكلات التى يمكن أن يواجهها المعالج السلوكى عند التطبيق وبعض الحلول المقترحة لذلك.

. References

1. American Psychiatric Association. (1987). ***Diagnostic and statistical manual of mental disorders***. Third Edition-R. Washington. D.C.: APA.

2. Hagen, R. (1975). Behavioral therapies and the treatment of schizophrenics. ***Schizophrenia Bulletin***. 13, 70-96.

3. Zubin, J., & Spring, B. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia. ***Journal of Abnormal Psychology***. 86, 103-126.

4. Bellack, A. S., & Muesser, K. T. (1990). Schizophrenia. In A.S. Bellack, M. Hersen, & A. E. Kazdin (Eds.) ***International handbook of behavior modification and therapy***. (2nd Ed., pp. 353-370). New York: Plenum Press.

5. Dawson, M.E., & Nuechterlein, K. H. (1984). Psychological dysfunctions in the developmental course of schizophrenic disorders. ***Schizophrenia Bulletin***, 10, 204-232.

6. Bellack, A. S., & Muesser, K. T., (1990). op. cit.

7. Ibid.

8. Diamond, R. (1985). Drugs and quality of life: The patient point of

view. ***Journal of Clinical Psychiatry***, 46, 29-35.

9. Kazdin, A. E. (1980). ***Behavior modification in applied settings***. Homewood, I11. Dorsey.

10. Carpenter, W. T., Heinrichs, D.W., & Alphs, L.D. (1985). Treatment of negative symptoms. ***Schizophrenia Bulletin***, 11, 440-452.

11. Hogarthy, G. E., Schooler, N. R., & Ulrich., R., et al. (1979). Fluphenazine and social therapy in the aftercare of schizophrenia. ***Archives of General Psychiatry***. 45, 797-80.

12. Gardos, G., & Cole, J. O. (1976). Maintenance antipsychotic therapy: Is the cure worse than the disease? ***American Journal of Psychiatry***, 133, 32-36.

13. Carpenter, W. T., Heinrichs, D. W., & Alphs, L.D., op. cit.

14. McEvoy, J. P. (1983). The clinical use of anticholinergic drugs as treatment for extrapyramidal side effects of neuroleptic drugs. ***Journal of Psychopharmacology***. 3, 288-302.

15. Atthowe, J. M., & Krasner, P. A. (1986). Preliminary report on the applicatoin of contingency reinforcement procedures (token economy) on a "chronic" psychiatric ward. ***Journal of***

Abnormal Psychology. 73, 37-43.

16. Krasner, L. (1990). History of behavior modification. In A.S. Bellack, M. Hersen, & A. E. Kazdin (Eds.). ***International handbook of behavior modification and therapy***. (2nd Ed., pp. 3-20), New York: Plenum Press.

17. Hagen, R., (1975). op. cit.

18. Paul, G. L. (1971). Chronically institutionalized mental patients: Research and treatment. Paper presented to the Third Annual Conference on Behavior Modification. Los Angeles, California.

19. إبراهيم ،عبد الستار(١٩٨٧) علم النفس الاكلينيكي:مناهج التشخيص والعلاج النفسي.الرياض: دار المريخ .

20. Meichenbaum, D. H. (1969). The effects of Instruction & reinforcement on thinking and language behavior in schizophrenics. ***Behavior Research and Therapy***. 7, 101-114.

21. Bellack, A. S. (1986). Schizophrenia: ***Behavior therapy's*** forgotten child. Behavior Therapy. 17, 199-214.

22. Bellack, A. S. (1989). A comprehensive model treatment of schizophrenia. In A. S. Bellack (Ed.), ***A clinical guide for the***

treatment of schizophrenia (pp. 1-22). New York: Plenum.

23. Bellack, A.S., & Muesser, K. T., (1990). Schizophrenia. In A. S. Bellack, M. Hersen, & A. E. Kazdin (Eds.) International ***handbook of behavior modification and therapy***. (2nd Ed., pp. 353-370). New York: Plenum Press.

24. Bucher, B., & Fabricatore, J. (1970). Use of patient-administered shock to suppress hallucinations. ***Behavior Therapy***. 1, 382-385.

25. Burish, T. G., Bradley, L. A. (Eds.) (1983). ***Coping with chronic diseases: Research and applications***. New York: Academic Press.

26. Hersen, M. & Bellack, A. S. (1976). Social skills training for chronic psychiatric patients. ***Comprehensive Psychiatry***. 17, 559-580.

27. Agras. W. S. (1967). Behavior therapy in the management of chronic schizophrenia. ***American Journal of Psychiatry***. 124, 240-243.

28. Hersen, M., & Bellack, A. S. (1976) op. cit.

29. Liberman, R. P., DeRisi, W. J., & Mueser, K. T. (1989). Social ***skills training for Psychiatric patients***. New York: Pergamon Press.

30. O'Leary, K. D., & Wilson, G. T. (1975). ***Behavior therapy: Application and outcome***. Englewood Cliffs, NJ.: Prentice-Hall, Inc.

31. Ibid.

32. Agras. W. S. (1967). Behavior therapy in the management of chronic schizophrenia. ***American Journal of Psychiatry***. 124, 240-243.

33. Winkler, R. C. (1972). A theory of equilibrium in token economies. ***Journal of Abnormal Psychology***. 79, 169-173.

34. Leventhal, H., Zimmerman, R., & Guttman, M. (1984). Compliance: A self-regulatory perspective. In ***Handbook of behavioral medicine*** (Ed.) W. D. Gentry. New York: Guilford.

35. Atthowe, J. M., & Krasner, P. A. (1968). Preliminary report on the application of contingency reinforcement procedures (token economy) on a "chronic" psychiatric ward. ***Journal of Abnormal Psychology***. 73, 37-43.

36. Kazdin, A. E. (197). ***The token economy: A review and evaluation***. New York: Plenum.

37. Kazdin, A. E. (1980). ***Behavior modification in applied settings***. Homewood, I11.: Dorsey.

38. O'Leary, K. D., & Wilson, G. T. (1975). ***Behavior therapy: Application and outcome***. Englewood Cliffs, NJ.: Prentice-Hall, Inc.

39. Agras. W. S. (1967). Behavior therapy in the management of chronic schizophrenia. ***American Journal of Psychiatry***. 124, 240-243.

40. Morrison, R. L. (1990). Interpersonal dysfunctions. In A. S. Bellack, M. Hersen, & A. E. Kazdin (Eds.) ***International handbook of behavior modification and therapy***. (2nd Ed., pp. 503-522). New York: Plenum Press.

41. Craighead, W. E., Kazdin, A. E., & Mahoney, M.J. (1976). ***Behavior modification: Principles. issues, and applications***. Boston, MA.: Houghton Mifflin.

42. Dawson, M. E., & Nuechterlein, K. H. (1984). Psychological dysfunctions in the developmental course of schizophrenic disorders. ***Schizophrenia Bulletin***, 10, 204-232.

43. Hersen, M., Kazdin, A.E., & Bellack, A. S. (Eds.) (1986). ***The clinical psychology handbook***. New York, NY: Pergamon Press.

44. Ayllon, T., & Azrin, N.H. (1968). ***The token economy: a motivational system for therapy and rehabilitation***. New York: Appleton-Century-Crofts.

45. Ayllon, T. & Houghton, E. (1962). control of the behavior of schizophrenic patients by food. ***Journal of the Experimental Analysis of Behavio***r. 5, 343-352.

46. Ibid.

47. Ayllon, T., & Michael, J. (1959). The psychiatric nurse as a behvioral engineer. ***Journal of the Experimental Analysis of Behavio***r. 2, 323-334.

48. Ibid.

49. Agras. W. S. (1967). Behavior therapy in the management of chronic schizophrenia. ***American Journal of Psychiatry***. 124, 240-243.

50. Rutner, I. T., & Bugle, G. (1969). An experimental procedure for the modification of psychotic behavior. ***Jornal of Consult-***

***ing and Clinical Psychology*.** 33, 651-653.

51. Quoted from: Hagen, R. (1975). op. cit.

52. Quoted from: Hagen, R. (1975). op. cit.

53. Quoted from: Hagen, R. (1975). op. cit.

54. Meichenbaum, D. H. (1969). The effects of instruction and reinforcement on thinking and language behavior in schizophrenics. ***Behavior Research and Therapy*.** 7, 101-114.

55. Ibid.

56. Ibid.

57. Quoted from: Hagen, R. (1975). op. cit.

58. Quoted from: Hagen, R. (1975). op. cit.

59. Morrison, R. L. (1990). Interpersonal dysfunctions. In A. S. Bellack, M. Hersen, & A. E. Kazdin (Eds.) ***International handbook of behavior modification and therapy*.** (2nd Ed., pp. 503-522). New York: Plenum Press.

60. Wolpe, J. (1987). The promotion of scientific psychotherapy. In J. K. Zeig (Ed.). ***The evolution of psychotherapy*.** New

York, N.Y.: Bruner/Mazel, Inc.

61. Zeisset, R. M. (1988). Desensitization and relaxation in the modification of psychiatric patients interview behavior. ***Journal of Abnormal and Social Psychology***. 73, 18-24.

62. Ibid

63. Ibid

64. Liberman, R. P., DeRisi, W. J., & Muesser, K. T. (1989). ***Social skills training for psychiatric patient***s. New York: pergamon Press.

65. Bellack, A. S. (1989). A comprehensive model treatment of schizophrenia. In A. S. Bellack (Ed.), ***A clinical guide for the treatment of schizophrenia*** (pp. 1-22). New York: Plenum.

الفصل الثالث عشر

البرامج السلوكية الشاملة والعلاج الأسرى ودورهما فى علاج إضطرابات السلوك الفصامى

أ- الإقتصاد الرمزى (١)

يتضمن أسلوب الإقتصاد الرمزى ما ياتى :

١- تحديد جوانب السلوك المرغوب تعديلها بين المرضى فى العنبر العلاجى (تحديداً نوعيا).

٢- تحديد الأشياء ذات الطابع التدعيمى لكل مريض (سجائر- فاكهة- بطاقة خروج للزيارة - نشاطات ترفيهية - نشاطات إجتماعية - إبداعية الخ.

٣- وسائط للتبادل تستخدم لمكافئة جوانب السلوك النوعية المرغوبة (تراكم نقاط إيجابية معينة عند أداء السلوك المرغوب تترجم بعد ذلك لعطاء ملموس) . ومن المنطقى أن نعتبر أى سلوك يؤدى الى الحجز فى مستشفى عقلى، أو إلى التوافق مع المجتمع والعنبر نعتبره سلوكا يرغب المريض فى بذل الجهد والوصول إليه .

مزايا برامج الإقتصاد الرمزى :

يؤكد (ايلون) و(ازرين) (١) أن أستخدام مدعم شرطى يقوم مقام التدعيم المباشر، يتميز بخمس مزايا رئيسية على الأقل هى :

١- يسمح هذا الأسلوب بعبور فترة التأجيل التى تحدث بين ظهور الإستجابة المرغوبة وظهور المدعم، وبالتالى يؤدى إلى تبلور وتأكيد الإستجابة بقوة.

٢- يسمح الإقتصاد الرمزى بتدعيم الإستجابة فى أى وقت تحدث فيه فوريا بينما ينحصر تأثير التدعيم الأولى عادة فى زمان ومكان معين.

٣- يسمح أسلوب الإقتصاد الرمزى بظهور سلاسل من الإستجابات القابلة للتدعيم دون بتر أو تشتيت ناتج عن ظهور المدعم.

٤- يساعد هذا الأسلوب على تقوية فاعلية المدعم الذى تتأثر قوته للتشبع بالمنبه، أو لتفضيل الفرد لمدعم دون الآخر.

٥- يكتسب هذا الأسلوب قيمة دافعية أكبر من المدعمات الأولية المباشرة لأنه يمكن تطبيقه على جماعات أكبر.

وهناك عوامل هامة يجب الإلتفات إليها عند تطبيق مثل هذه البرامج، منها:

١- العوامل المتعلقة بتأييد القوة الأدارية :

لاشك أن من أهم العوامل التى تساعد على نجاح برامج (الإقتصاد الرمزى) تلك التى تتعلق بدور هيئة الإدارة فى المؤسسة، ومقدار السلطة

التى تعطيها للمعالج السلوكى لكى يضع ويقيم برنامجا من هذا النوع (٢). أن هناك أيضا قدرا كبيرا من (القوة الفعلية) يكمن فى المستويات الإدارية الأصغر. لهذا فمن أهم واجبات المعالج السلوكى أن يحصل على تأييد هؤلاء الذين يحكمون القوة فى المستويات المختلفة ®Krasner and Atthowe,1971©. ولعل من أكثر الطرق المعقولة والمنطقية للحصول على تأييد وتعاون العاملين والإدارة هو سؤالهم بشكل مباشر عن المشكلات التى تواجههم والتى يمكننا أن نساعدهم على حلها مع إشراكهم فى بعض المسؤوليات المتعلقة بتنفيذ البرنامج.

٢- العوامل المتعلقة بتدريب العاملين وإختيارهم :

أن العصب الرئيسى لنجاح أى برنامج علاجى يعتمد على هيئة العاملين المباشرة (أى المشرفة على العنبر). فبيدهم القدرة على ملاحظة سلوك المرضى، ووضع الأحكام، وتنظيم عمليات المنح وتطبيقها. لذلك فمن الضرورى توجيه رعاية شديدة لإختيار العاملين وتدريبهم على تطبيق البرنامج .

ومن المقرر أن وجود عاملين (ممرضين، أو مساعدين..الخ) غير مقتنعين بتطبيق أسلوب علاجى معين، قد تكون له نتائج خطيرة فى إفساد أى برنامج. فضلا عن هذا فإن تطبيق برنامج العلاج السلوكى مشوب ببعض القضايا الحساسة مثل «حقوق المرضى» و «الضبط» وغير ذلك. ولهذا فمهما بلغ مستوى تدريب العاملين، فإن أداءهم قد يكون ضعيفا للغاية اذا كانت فلسفاتهم وتصوارتهم عن الإنسان تجعلهم ينظرون شذرا أو بعين الشك إلى هذه الأساليب .

وعلى العموم، فإنه يمكن أن نجد الكثير من أساليب تدريب العاملين على الأسس السلوكية والتكنيكات المختلفة للعلاج السلوكى، ولذلك فلابد من تركيز بعض النشاط فى هذا المجال لأن هذه القضية لاتمس تدريب العاملين فقط، بل تمس أيضا بعض القضايا العامة التى قد يثيرها حتى زملاء المهنة المتعصبون. وعلى اية حال، فمن الواجب التنبه للأطر الفلسفية للعاملين قبل الدخول فى عملية تدريبهم على الإطلاق.

ويجب أن تتضمن برامج تدريب العاملين إطلاعهم على المبادىء الرئيسية للتعلم كالتدعيم، وضبط المنبه، والجدولة الزمنية، والأنطفاء وغير ذلك. هذا فضلا عن التدريب فى داخل العنبر نفسه مع إعطائهم بعض العائد والتصحيح لأدائهم.

وينبغى تدعيم العاملين إيجابيا إذا ما أظهروا قدرا من الكفاءة على الإستفادة من التدريب. وهذا ضرورى مهما بلغ مستواهم من التدريب ومن أشكال التدعيم فى هذا المجال إستخدام التشجيع اللفظى، والمدح ولو أن بعض الباحثين يرى أن التدعيم الملموس (كالمكافآت المادية) قد يؤدى إلى نتائج أفضل وبالرغم من أن هذه الدراسات تبتكر عددا من الإقتراحات للتغلب على هذه المشكلة فإن البحوث لاتزال قليلة فى هذا الإتجاه.

ومن الإجراءات المقترحة لزيادة مشاركة المرضى فى البرامج العلاجية ما يسمى (بالإستجابة التمهيدية) أو (عرض العينات) (٥) . وتتضمن هذه الإجراءات أساسا عملية عرض الإستجابة المرغوبة أو الإغراء بها أو الحث على ممارستها وتدل البحوث أن هذه الإجراء مشجع ومفيد فى كثير من الحالات .

ومن الأساليب الأخرى فى هذا المجال ما يسمى (بمبدأ بريماك Pre-mack's Principle وهو يتعلق بإستخدام سلوك مفضل وشائع كمدعم لظهور سلوك أخر قليل الشيوع (إبراهيم، ١٩٨٣). وعلى سبيل المثال، إستخدم هذا الأسلوب مع مجموعة من المرضى السلبيين فى عنبر علاجى بنجاح وقد أمكن للباحثين أن يساعدو على ظهور وتأكيد قدرة المرضى على العمل والنشاط بشكل متسق بإستخدام عدم النشاط (فى هذه الدراسة الجلوس فى العنبر) كمدعم.

ويقترح (كازدين) (٧) ثلاثة إجراءات أخرى تشجع على المشاركة وهى: التغيير من شكل القيمة التى يتضمنها التدعيم، إدماج المريض فى التخطيط للبرنامج وتطوير خططه ، إستخدام أسلوب مجازاة- الإستجابة عندما يعزف الشخص عن الإستجابة للبرنامج العلاجى. ويؤدى الإجراء الأول فيما تبين البحوث (٨) إلى ظهور الإستجابة المرغوبة (المشاركة)، أما أسلوب إدماج المريض فى التخطيط للبرنامج فلم يلق كثيرا من البحث، ولو أنه مشجع .

أما أسلوب مجازاة - الإستجابة (والذى سيكون موضوعنا بعد قليل) فيؤدى إلى نتائج ذات شكل مركب، ولو أنه واعد بشكل عام. وهناك أساليب أخرى لتشجيع المرضى على المشاركة منها وضع المريض مع مجموعات غير متجانسة من المرضى وذلك لخلق- (نموذج) جيد أمام المريض المتقاعس أو المتكاسل.

٣- مجازاة الإستجابة :

إعتمدت برامج الإقتصاد الرمزى المبكرة مع الفصاميين على قانون

التدعيم الإيجابى فقط عندما يظهر السلوك المرغوب. لكن البرامج الحديثة تتضمن أيضا اسلوب مجازاة الإستجابة، أى تغريم المريض عندما يظهر السلوك غير المرغوب .

وبالرغم من أن هذا الأسلوب يستخدم فى الوقت الراهن مع كل أنماط السلوك السوى تقريبا (أى أشكال السلوك التى تعوق توافق المريض مع مجتمعه الخارجى) فإنه بدأ يطبق أيضا فى علاج المشكلات السلوكية فى داخل العنبر (مثل الميل للهدم والتدمير).

وتتفق التقارير فيما بينها على أن أسلوب مجازاة الإستجابة يؤدى إلى تناقص ملحوظ فى السلوك غير المرغوب (٩)، ولو أن هناك تعارض فيما يتعلق بكيفية إستخدام هذه الأساليب. وعلى سبيل المثال يوصى البعض (١٠) بالحد من إستخدام الغرامة أو الجزاء، أو التقليل من إستخدامها على الأقل .

وتدل البحوث المتجمعة عن إستخدام هذا الأسلوب إلى أن مخاوفنا من إستخدامه مخاوف مزعومة أو مبالغ فيها على أحسن الأحوال. فعلى سبيل المثال أثبت هذا الأسلوب كفاءته إذا ما إستخدم مع الأساليب الأخرى فى زيادة السلوك المرغوب، وتناقص السلوك غير المرغوب مع مجموعة من المرضى السيكياتريين. فضلا عن هذا ، لم يثبت وجود أعراض جانبية سيئة على متغيرات كالعدوان، أو النزعة التدميرية والهروب من الإستجابة، وغيرها من بحوث التعلم التى بنيت على أساس بعض التوقعات المأخوذة

من بحوث التعلم الحيوانى .

ولعل من المشكلات الأساسية فى إستخدام أسلوب مجازاة الإستجابة هى أن الجزاءات على بعض المرضى تتراكم، مما يؤدى إلى إحباطهم وبالتالى التدهور فى سلوكهم وعلى سبيل المثال وجد البعض أن إستخدام هذا الأسلوب للتقليل من بعض الجوانب المرضية كالعدوان، قد أدى إلى زيادة فى هذه الجوانب بتزايد تراكم الجزاءات التى فرضت على المرضى. ولهذا عمد الباحثون إلى إبتكار أسلوب (حق شراء هذه الجزاءات) من قبل المرضى الآخرين لزيادة التدعيم الإيجابى ١١) وقد حاول اخرون (١٢) التغلب على المشكلات التى يثيرها تطبيق أسلوب مجازاة- الإستجابة بإبتكار أسلوب يقوم على تدعيم المريض عندما لا يمارس السلوك غير المرغوب ، ويسمى هذا الأسلوب (بالتدعيم الفارق للسلوك الأخر). وتقوم فكرته الأساسية على مكافأة المريض عندما يبدى السلوك المعاكس للسلوك غير المرغوب فبدلا من مجازاته لأنه مشاكس مثلا يمكننا مكافأته عندما يصبح هادئا وإيجابيا ..

ب- العلاج السلوكى الأسرى والفصام

من المعروف الأن أن نسبة كبيرة من المرضى العقليين تعيش فى داخل أسر عادية. فى الولايات المتحدة - مثلا- تدل الإحصائيات على أن 73% من الفصاميين تعيش خارج المستشفيات والمصحات العقلية، أى فى كنف الأسرة أو رعاية الأقارب (١٣) قد حدث هذا التغير بالطبع بعد تطور الرعاية

الطبية وتطور العقاقير المضادة للذهان منذ ٤٠ عاما، وقد كان ينظر لهذا التغير في وقته على أنه علامة إيجابية وصحية، لكن صحبته للأسف تغيرات سلبية ومشكلات تتعلق بالأسرة. لقد أصبحت أسرة الفصامي معرضة للضغوط والتوترات النفسية بسبب معايشتها لمريض عقلي في المنزل. وفي أحسن الأحوال تجد الأسرة نفسها مقيدة عن الحركة، والتفاعل الإيجابي بالمجتمع الخارجي أما بسبب المريض نفسه وما يحتاجه لرعاية، أوبسبب إحساس الأسرة بالخجل منه، أو بسبب مخاوف في الأفراد أو الجماعات الخارجية نفسها من الإحتكاك بمريض عقلي (مجنون).

وفي مثل هذا الجو تختل أنماط الإتصال والتفاعل الإيجابي، وتكون عواقب ذلك وخيمة حتى على المريض نفسه، مما يجعله معرضا للإنتكاس وعودة الأعراض الفصامية للظهور(١٤ . ١٥) ولهذا فقد تطور ما يسمى بالعلاج السلوكي الأسري خلال ال ١٠ سنوات الأخيرة. ومناهجه تهدف بشكل عام إلى تحقيق هدفين رئيسين :

١- تعديل الآثار السلبية الموجهة من الأسرة للمريض.

٢- إعانة الأسرة ومساندتها على التعايش مع المرض العقلي.

ومن بين أهم التطورات في العلاج الأسري الفصامي تلك التي ظهرت بالإعتماد على مايسمى (بنموذج فالون) (Falloon Model) ويقتضى هذا النموذج الذي إبتكره العالم السلوكي والمعالج الأسري « فالون ». يهتم

المعالج بتدريب أفراد الأسرة الفصامية جميعهم على أنماط فعالة من الإتصال والتفاعل فيما بينهم. وينقسم العلاج - وفق هذا النموذج إلى أربعة عوامل هى:

١- التقييم: أى تحديد المشكلات وأنواعها فى داخل الأسرة.

٢- إعطاء معلومات علمية دقيقة عن المرض العقلى يوضح من خلالها دور العوامل البيولوجية والإجتماعية دون تحيز.

٣- تدريب أفراد الأسرة على التفاعل والتواصل.

٤- تدريبهم على حل المشكلات.

وتتم جلسات العلاج أما فى العيادة النفسية مع كل أفراد الأسرة، أو فى داخل الأسرة ذاتها حتى تتاح للمعالج فرصة الإطلاع االمباشر على ظروف الأسرة وتفاعلاتها على الطبيعة، ولتجنب إلغاء المواعيد. وعادة مايقوم المعالج بلقاء كل فرد من أفراد الأسرة على حدة فى البداية وقبل أن يجمعهم معا فى جلسات العلاج مع الأسرة حتى يتعرف على إحتياجات ومشكلات كل منهم على إنفراد ومدى ما يعرفونه عن الفصام وتقديرهم الخاص للمشكلة.

ونظراً لأن هذا النموذج يركز على تدريب مهارات الإتصال فقد ركز (فالون) وزملاؤه على إكتشاف المتغيرات المختلفة التى يتضمنها هذا المفهوم حتى تدريب كل منها على حدة بوضوح المكونات الرئيسية التى يتضمنها هذا النوع من التدريب .

جدول (٩)

المكونات الرئيسية لمهارات الإتصال والتى يتم علاجها فى الأسرة الفصامية

نوع الإتصال	نوع الإتصال
الإصغاء النشط والإيجابى	- أنظر إلى الشخص. - عبر وقل شيئا يوحى بأنك تسمعه . - إسأل أسئلة توضيحية - تحقق منه عما تسمع بين الحين والآخر .
التعبيرات الناتجة عن مشاعر إيجابية	- حافظ على تعبيرات وجهية ودية. - إبتسم - عبر بالضبط عما يسعدك من تصرفاته .
إلتماسات إيجابية	- حافظ على تعبيرات وجهية ودية . - قل بالضبط ما تطلب منه أن يؤديه . - إخبره عما سيؤدى إليه إنجاز ذلك من شعور لديك .

تابع جدول (٩)

نوع الإتصال	نوع الإتصال
التعبير الجاد عن المشاعر السلبية	- أنظر إليه بتعبيرات وجهية سارة : تحدث بحزم - قل بالضبط ما فعله الشخص من شيء ضايقك . - إخبره عن شعورك الذى أدى إليه تصرفه السلبى . - إقترح عليه تصرفا بديلا لتجنب حدوث ذلك فى المستقبل .
التفاوض والتصالح	- انظر إلى الشخص - وضح وجهة نظرك - إصغ إلى وجهة نظره - كرر ماسمعته منه
الإبتعاد عن الموقف المتأزم	- وضح أن الموقف أصبح الآن متازماً. - اخبر الشخص أن الموقف لا يسمح الآن بإتصال إيجابى . - قل إنك يجب أن تبتعد مؤقتا - وضح متى سترجع وإظهر رغبتك فى الحل بعد العودة .

وفى تقـريـر حـديث عـن العـلاج السلوكى للفـصـام (١٨) تبين أن هذا النموذج من العلاج الأسرى قد أدى – فى دراسة مضبوطة على ٣٦ فصامياً – إلى نتـائج إيجـابيـة واضـحـة . ومـن أبرز هذه النتـائج أن الإنتكاسـات الفصامية وصلت إلى ١٧٪ فقط من المجموعة التى خضعت للعلاج الأسرى مقابل ٨٣٪ فى المجموعة الضابطة التى لم تتلق هذا العلاج . كذلك قلت عموماً نسبة العودة للمستشفى ، وتناقصت كمية العقاقير المضادة للذهان ، وزادت فرص النجاح الإجتماعى والمهنى فى داخل المجموعة التى حظيت بهذا النوع من العلاج .

وعلى العـموم ، فإن نتائج العلاج السلوكى الأسرى إيجابيـة للغاية ، وتوحى بإمكانيات علاجية واعدة .

الخلاصـــــة

يكمل هذا الفصل سابقه من حيث التعرض لمناهج العلاج السلوكى فى تعديل اضطرابات السلوك الذهانى - الفصامى، وذلك بالتركيز على مايسمى بمناهج الاقتصاد الرمزى والعلاج الأسرى - السلوكى .

ولكى يكون هذا الفصل مرشدا جيدا للخبراء النفسيين ولاخصائى الصحة العقلية فى مستشفيات ومصحات الأمراض النفسية والعقلية، فقد أوضحنا عند شرح اسلوب الاقتصاد الرمزى لطرق اجرائه، ومزاياه بالمقارنة بالأساليب الفردية (التى تعرض لها الفصل السابق)، وأهم المشكلات التى يثيرها هذا الأسلوب عند استخدامه وكيفية التعامل معها ..والحلول المقترحة بشأن الحصول على تأييد القوة الادارية فى داخل المؤسسة ، وتدريب العاملين واختيارهم ، وبعض القضايا الخلقية المرتبطة بتنفيذ هذا الأسلوب .

أما الجزء الأخير من هذا الفصل، فيتعرض للتطورات الحديثة المرتبطة بنمو العلاج السلوكى الأسرى وامكانيات تطويعها للتعامل مع المرضى العقليين. ومن ثم فقد ركزنا هنا على شرح أحد النماذج الفعالة فى العلاج السلوكى - الأسرى والمعروف بنموذج فالون، والذى يعطى تركيزا رئيسيا لتدريب مهارات الاتصال والتفاعل فى داخل الأسرة الفصامية بهدف تعديل الآثار السلبية الأسرية على نمو الأعراض الفصامية وتفاقمهما ، مع اعانة الأسرة ذاتها على التعايش مع المريض الفعلى بأقل قدر ممكن من التوتر والصراع .

References

1. Ayllon, T., & Azrin, N. H. (1968). ***The token economy: a motivational system for therapy and rehabilitation***. New York: Appleton-Century-Crofts.

2. Hagen, R. (1979). Behavioral therapies and the treatment of
9. schizophrenics. ***Schizophrenia Bulletin***. 13, 70-96.

3. Krasner, L. (1990). History of behavior modification. In A. s. Bellack, M. Hersen, & A. E. Kazdin (Eds.) ***International handbook of behavior modification and therapy***. (2nd Ed., pp. 3-20), New York: Plenum Press.

4. Kazdin, A. e. (1977). ***The token economy: A review and evaluation***. New York: Plenum.

5. Kazdin. A. E. (1980). ***Behavior modification in applied settings***. Homewood, I11.: Dorsey.

6. Kazdin, A. E. (1986). Treatment research: The investigation and evaluation of psychotherapy. In M. Hersen, A. E. Kazdin, & A. S. Bellack (Eds.) ***The clinical psychology handbook***. New York, N.Y.: Pergamon Press.

7. Kazdin, A. E. (1990). Conduct disorders. In A. S. Bellack, M. Hersen, & A. E. Kazdin (Eds.) ***International handbook of behavior modification and therapy***. (2nd. Ed., pp. 669-706). New York: Plenum Press.

8. Winkler, R. C. (1972). A theory of equilibrium in token economies. ***Journal of Abnormal Psychology***. 79, 169-173.

9- إبراهيم ، عبد الستار (١٩٨٧). عل النفس الاكلنيكى : مناهج التشخيص والعلاج النفسى . الرياض : دار المريخ .

10. Liberman, R. P., DeRisi, W. J., & Muesser, K. T. (1989). ***Social skills training for psychiatric patients***. New York: Prgamon Press.

11. Paul, G. L. (1974). Chronically institutionalized mental patients: Research and treatment. Paper presented to the Third Annual Conference on ***Behavior Modification***. Los Angeles, California.

12. Upper, D. A. (1979). A "ticket" system for reducing ward rules violations on a token economy program. ***Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry***. 4, 137-140.

13. Muesser, K. T. (1989). ***Behavioral family therapy***. In A. S. Bellack (Ed.), A clinical guide for the treatment of schizophrenia. (pp. 207-236), New York: Plenum.

14. Madanes, C. (1988). ***Strategic family therapy***. California, San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

15. McGee, J., Menolascino, F. J., Hobbs, D. C., & Menousek, P. E. (1987). ***Gentle Teaching: A non aversive approach to helping persons with mental retardation***. New York: Human Sciences Press.

16. Falloon, I. R. H. (1985). ***Family management of schizophrenia***. Baltimore: John Hopkins University Press.

17. Falloon, I. R. H., Boyd, J. L., & McGill, C. W. (1984). ***Family care of schizophrenia: A problem-solving approach to the treatment of mental illness***. New York: Guilford Press.

18. Bellack, A. S., & Muesser, K. T., (1990). Schizophrenia. In A. S.Bellack, M. Hersen, & A. E. Kazin (Eds.) ***International handbook of behavior modification and therapy***. (2nd Ed., pp. 353-370). New York: Plenum Press.

محتويات الكتاب

الصفحة

تمهيد	٧
البـــاب الأول : نظرة عــامــة فى الاضطرابات النفسية وعلاجها	١١
الفصــل الأول : نحن والاضطرابات النفسية والعقلية	١٣
الفصل الثانى : شئ عن العلاج النفسى عبر العصور	٥٧
الفصل الثالث : لمحة على أساليب العلاج النفسى الحديثة	٨١
البـــاب الثانى: العلاج النفسى السلوكى المعرفى الحديث	١١١
الفصل الرابع : علاج الاضطرابات الانفعالية بطريقة متدرجة	١١٣
الفصل الخامس : أسلوب الاسترخاء	١٥٣
الفصل الســادس: أسلوب تأكيد الذات والحرية الانفعالية والتدريب على المهارات الاجتماعية	١٨٣
الفصل السابع : قوة التدعيم	٢٢٧
الفصل الثامن : العقلانية أو تعديل اخطاء التفكير	٢٧٣
الفصل التاسع : علاج دون معالج : الأساليب الحديثة فى العلاج الذاتى	٣٤٣

الصفحة

الباب الثالث : العلاج السلوكى لبعض الاضطرابات النفسية والعقلية ٣٧٧

الفصل العاشر: العلاجات السلوكية لمشكلات الطفل ٣٧٩

الفصل الحادى عشر: الاضطرابات العصابية والقلق ٤٠٣

الفصل الثانى عشر : العلاجات السلوكية والاضطرابات العقلية : الفصام خاصة ٤٤١

الفصل الثالث عشر: البرامج السلوكية الشاملة والعلاج الأسرى ودورها فى علاج اضطرابات السلوك الفصامى ٤٧٩

رقم الإيداع : ٩٣/١١١٨٠
I.S.B.N
977-5499 - 11 - 9

مطابع الدار الهندسية